

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes mellitus na UBS Tufic Mizael Saady, Brasília-AC**

Yoleine Lorenzo Torres

Pelotas, 2016

Yoleine Lorenzo Torres

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Tufic Mizael Saady, Brasília-AC

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

T693m Torres, Yoleine Lorenzo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Tufic Mizael Saady, Brasília-AC / Yoleine Lorenzo Torres; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

110 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meu filho, por ser minha inspiração.

A meus pais: com respeito e amor infinito, a quem tudo devo.

A meu esposo: por sua compreensão e dedicação.

A todos meus orientadores: por sua paciência, abnegação, excelente
assessoria e apoio incondicional.

A Cuba que me formou como profissional da saúde.

Ao Brasil que me acolheu com todo carinho.

Agradecimentos

A equipe de saúde da unidade pelo apoio e dedicação com o trabalho realizado.

À minha família por seu apoio e confiança de sempre.

A todas aquelas pessoas que contribuíram com o enriquecimento de meus conhecimentos e que fizeram possível a realização deste trabalho.

Muito obrigada.

Resumo

TORRES, Yoleine Lorenzo. **Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Tufic Mizael Saady, Brasiléia/AC.** 2016. 108f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes mellitus, constituem duas das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no mundo e no Brasil. A hipertensão é a doença de maior prevalência na população; no mundo são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial da Saúde. No Brasil a hipertensão tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sua prevalência varia entre 22% e 44% em adultos. No caso da diabetes, é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo, 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose. Portanto, melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos na atenção primária de saúde é muito importante. Na Unidade Básica de Saúde Tufic Mizael Saady, do Município de Brasiléia, Acre, identificava-se uma baixa cobertura do programa, muitos usuários não estavam cadastrados, faltosos e sem controle por diferentes razões, fatos estes que motivaram a realização de um trabalho de intervenção. A intervenção realizada teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A Unidade Básica de Saúde é uma Estratégia em Saúde da Família da área urbana, com uma população de 2570 habitantes cadastrados. Ao final da intervenção, foram cadastrados 375 hipertensos e 97 diabéticos residentes na área de abrangência, alcançando uma cobertura de atenção de 95,9% e 100%, respectivamente. Melhoramos a qualidade da atenção, com 100% de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, com estratificação de risco cardiovascular, e todos orientados quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono e riscos do tabagismo, e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados e todos os hipertensos e diabéticos apresentaram

prescrição de medicamentos da farmácia popular. Atingimos 97,6% na realização de exames complementares em hipertensos e 100% nos diabéticos. A grande maioria (99,7%) dos hipertensos e 100% dos diabéticos foram avaliados em relação ao atendimento odontológico. Todos os indicadores avaliados na intervenção foram melhorados, a maioria dos indicadores de qualidade alcançou as metas planejadas. A equipe de saúde toda recebeu uma ótima preparação para o desenvolvimento desta e de outras ações programáticas na unidade, melhorando a qualidade dos atendimentos, além de incorporar a intervenção à rotina do serviço.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na unidade de saúde.	82
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes mellitus na unidade de saúde.	83
Figura 3	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	85
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	85
Figura 5	Proporção de pessoas com hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	87
Figura 6	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	88
Figura 7	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	88

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
CNES	Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização mundial da saúde
SBH	Sociedade Brasileira de hipertensão
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	28
2 Análise Estratégica.....	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas	32
2.2.1 Objetivo geral	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Detalhamento das ações	34
2.3.2 Indicadores.....	65
2.3.3 Logística.....	71
2.3.4 Cronograma	74
3 Relatório da Intervenção	76
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	78
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	78
4 Avaliação da intervenção	80
4.1 Resultados	80
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores.....	96
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	98
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	100
Referências.....	103
Anexos.....	104

Apresentação

Este trabalho contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Tufic Mizael Saady Brasília – AC.

O volume está estruturado em sete capítulos, sendo eles: Análise Situacional, onde descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, profissionais que fazem parte da equipe, população adstrita. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatros eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. Relatório da Intervenção, que contempla as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. Avaliação da Intervenção, que contempla os resultados e a discussão. Relatório para o gestor e relatório para a comunidade. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizado, que contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem. Por fim, são apresentadas as referências utilizadas e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Tufic Mizael Saady, pertencente à área urbana, localizada na rua Rui Lino, da cidade de Brasiléia, estado do Acre. No município de Brasiléia, assim como no resto do estado do Acre, a fonte de economia principal é a Agricultura e a Pecuária e é também do que se sustenta nossa comunidade, sendo pessoas com renda econômica baixa. O município sofreu alagamento no ano de 2012 e em fevereiro de 2015, onde 90% da cidade ficou abaixo das águas do Rio Acre, fenômeno este que ainda não superamos e ainda estamos sofrendo as consequências.

Trata-se de uma instituição de saúde que cumpre com o modelo de atenção básica primária. Está composta por: área de recepção, sala de pré-consulta, consultório médico, farmácia, sala de vacinação, sala de curativos, sala para fazer o preventivo citopatológico do colo do útero, consultório odontológico; além disso, contamos com cozinha, 2 banheiros para os usuários e funcionários, e uma área de almoxarifado.

Nossa equipe de saúde está composta por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 1 atendente de farmácia, 1 recepcionista, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 faxineira, e 5 agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS são uma parte importante do trabalho da equipe, pois eles estão dia a dia na comunidade e reportam suas necessidades mais específicas, estão muito envolvidos em seu trabalho e levam, em suas visitas, orientações para a família, acompanham os tratamentos dos usuários, entre outras funções.

O atendimento em nossa unidade é de segunda a sexta-feira no horário das 8.00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00. Atendemos uma média de 20 usuários por dia

em consultas agendadas e demanda espontânea; além disso, atende-se aos usuários de urgência. As visitas domiciliares acontecem no horário da tarde e são agendadas em equipe, principalmente pelos ACS, coordenadora da unidade, enfermeira e o médico, e sempre constituem uma nova experiência, pois visitamos famílias que precisam de assistência médica, quase sempre, acamados, deficientes, gestantes, assim como idosos com doenças crônicas. Nos dias de segunda-feira são atendidas todas as demandas espontâneas, às terças-feiras são para gestantes, quarta-feira fazemos exames citopatológico de colo de útero, atenção à mulher, assim como demanda espontânea, na quinta-feira fazemos atendimentos para doenças crônicas e sexta-feira fazemos atendimentos para crianças. Esta organização do serviço já existia faz muito tempo, nos somente adequamos algumas coisas. Os atendimentos acontecem nos dois turnos de trabalho. O atendimento da demanda espontânea acontece todos os dias da semana porque sempre tem algum usuário precisando de atendimento e a unidade sempre trata que sua demanda seja acolhida. O primeiro acolhimento é oferecido pela recepcionista, mas toda a equipe participa do acolhimento do usuário na unidade.

Nossa equipe atende 729 famílias compostas por um total de 2570 pessoas, sendo 1372 do sexo masculino e 1199 do sexo feminino, fazemos o acompanhamento de 41 gestantes cadastradas e 35 crianças menores de 1 ano.

As doenças crônicas mais comuns em nossa comunidade são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e alguns transtornos dos lipídios (Dislipidemias); além disso, dentro dos principais problemas de saúde está a alta incidência de doenças transmissíveis como infecções respiratórias agudas e parasitoses.

Nossa equipe desenvolve palestras sobre diversos temas que são de interesse para a população, relacionados com a dieta, exercícios físicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, para assim fazer mudanças no estilo de vida dos indivíduos e famílias e melhorar a qualidade de vida da população.

Os principais problemas que estamos apresentando e que afetam o melhor desenvolvimento da atenção é a falta de medicamentos para tratar doenças crônicas e transmissíveis, demora na realização de exames complementares aos usuários que precisam e que a maioria destes não tem os recursos econômicos para torná-los de forma particular e também é muito difícil o encaminhamento de usuários para outras especialidades. Quando é feito demora demais. Nosso município apresenta

somente um hospital com condições muito precárias, carente de recursos e de especialistas, só há clínicos gerais. Temos uma ginecologista que faz atendimento, às vezes, duas vezes por semana. Está-se construindo um hospital, porém vai demorar vários meses a um ano. Em nossa UBS toda a equipe trabalha para dar atenção integral à família e, portanto, melhorar os indicadores de saúde da comunidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Minha equipe é muito eficiente e a cooperação é uma característica do trabalho em equipe. Há um bom relacionamento usuário e profissional que repercute na boa relação na comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Brasiléia, município do Brasil, pertencente ao estado do Acre, tem uma população de 22.899 habitantes, com uma extensão territorial de 4.336 km² (IBGE, 2010). Localizado a 237 km ao sul de Rio Branco, na fronteira com a Bolívia, tem limite com os municípios de Epitaciolândia, Assis Brasil, Sena Madureira e Xapuri. Está localizado numa altitude média de 250 metros. Possui um clima equatorial, caracterizado por chuvas abundantes em boa parte do ano, principalmente entre os meses de novembro a março, e uma breve estação seca que se estende de junho a setembro. As ocasionais ondas de frio podem ocorrer entre os meses de maio a setembro. Em março de 2012 a cidade foi arrasada pela cheia do Rio Acre, que trouxe prejuízos incalculáveis. E agora em fevereiro de 2015 aconteceu a maior enchente do Rio Acre, que acrescentou ainda mais os prejuízos e desabrigou muitas famílias, deixando o município em situação muito desfavorável.

Brasiléia conta com um Sistema de Saúde bem estruturado, existem 9 UBS todas com Equipes de Saúde da Família. Duas encontram-se localizadas na zona rural, e o restante delas na cidade. Temos no município disponibilidade do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF). Quanto à disponibilidade de Especialidades, só contamos com Traumatologia Ortopédica, Ginecologia, Nutrição e Fisioterapia. O resto das especialidades precisa de encaminhamento para o FUNDACRE, na capital do estado. Nosso município por situação de dependência com a capital conta com um Hospital de referência Raimundo Chaar, onde se prestam serviços de urgência e emergência com escassos recursos, e não tem boas condições estruturais, produto da inundação pelo Rio Acre, que sofreu o município nos anos de 2012 e 2015. Ficou devastado, em seu lugar está sendo construído um novo hospital que deve cumprir

com todos os requisitos. Quanto à realização de exames complementares, estes têm que ser agendados no Hospital e às vezes demoram mais de 15 dias, e as pessoas têm que procurar nos serviços privados ou na cidade de Cobija que fica mais econômico, somente se realizam os exames de rotina, e radiografias simples. Quanto à realização de outros exames não contamos com os procedimentos como Endoscopia, Colposcopia, Colonoscopia, Tomografia computadorizada, os quais têm que ser pagos ou ser agendados para sua realização na capital. Neste momento não se está emprestando o serviço da Ultrassonografia, contamos com a equipe, mas ainda não se contratou ao pessoal capacitado para realizar o mesmo.

Trabalho na UBS Tufic Mizael Saady, pertencente à área urbana, localizada na rua Rui Lino, da cidade de Brasília. É uma instituição de saúde que cumpre com o modelo de atenção básica primária, a qual dispensa serviços desde Julho de 1999, é uma UBS da prefeitura, caracteriza-se por ser uma Unidade de Saúde da Família a qual atende uma área geográfica de abrangência definida, está constituída por uma equipe e está cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2001349, código de Equipe INE 0000004383, atuando com áreas e micro áreas, respondendo aos princípios do SUS. Nossa equipe de saúde está composta por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 1 dependente de farmácia, 1 recepcionista, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 faxineira, e 5 ACS que são uma parte importante do trabalho da equipe, pois eles estão dia a dia na comunidade e diz sobre as necessidades mais específicas da comunidade, estão muito envolvidos em seu trabalho e levam em suas visitas, orientações para a família, acompanham os tratamentos dos usuários, e outras funções.

O atendimento em nossa Unidade é de segunda a sexta-feira no horário das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00. Atendemos uma média de 20 usuários por dia em consultas agendadas e demanda espontânea, além disso, se atendem aos usuários de urgência. As visitas domiciliares acontecem em horário da tarde e são agendadas em equipe, principalmente pelos ACS, coordenadora na unidade, enfermeira e o médico e sempre constituem uma nova experiência, pois visitamos famílias que precisam de assistência médica, quase sempre, acamados, deficientes, gestantes, assim como idosos com doenças crônicas. Nos dias de segunda-feira são atendidas todas as demandas espontâneas, as terças-feiras são para gestantes, na quarta-feira fazemos exames citopatológico de colo de útero, atenção à mulher, assim como demanda espontânea, na quinta-feira fazemos atendimentos para

doenças crônicas e sexta-feira fazemos atendimentos para crianças. Os atendimentos acontecem nos dois turnos de trabalho. O primeiro acolhimento é oferecido pela recepcionista, mas toda a equipe participa no acolhimento do usuário na unidade. Cumpre-se com todos os princípios do SUS. As doenças crônicas mais comuns em nossa comunidade são a HAS e DM e alguns transtornos dos lipídios (Dislipidemias), além disso, dentro dos principais problemas de saúde e a alta incidência de doenças transmissíveis como Infecções respiratórias agudas e Parasitoses. Nossa equipe desenvolve palestras sobre diversos temas que são de interesse para a população, relacionados com a dieta, exercícios físicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, para assim fazer mudanças em estilos de vida dos indivíduos e famílias e melhorar a qualidade de vida da população. Na UBS toda a equipe trabalha para dar atenção integral à família e melhorar os indicadores de saúde da comunidade e a qualidade de vida das pessoas. A equipe é muito eficiente e a cooperação é uma característica do trabalho em equipe. Há um bom relacionamento usuário e profissional que transcende a boa relação na comunidade.

Com respeito ao Manual de estrutura física da UBS o qual segue os princípios da Resolução da Diretoria Associada - RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002, nossa unidade conta com administração/gerência, banheiro para funcionários, banheiro para os usuários, consultório médico, ginecológico e odontológico, copa/cozinha, sala para curativos, sala de vacina, almoxarifado/deposito de limpeza e uma pequena recepção. Não contamos com escovário, sala de coleta de exames, depósito de lixo, sala de espera, sala de esterilização, lavagem e descontaminação de material, sala de nebulização nem sala de reuniões e educação em saúde nem sala de utilidades. Estamos confrontando algumas dificuldades com respeito aos locais por não contar com os mesmos na unidade, por exemplo, na sala de curativos fazemos diferentes procedimentos de enfermagem como nebulização, administração de injeções, esterilização, coleta de exames e curativos. A sala de administração e gerência é utilizada também como sala de reuniões. Contamos com uma farmácia onde se armazena e se dispensa o medicamento de uma vez. Nos corredores da nossa UBS se acomodam em torno de 40 pessoas ou mais para receber os diferentes serviços, é um espaço pequeno e não conta com as comodidades adequadas, além disso, não há muita mobília para cobrir a demanda e nem tem qualidade adequada, o que é uma causa de queixa na população. A sala de recepção é muito pequena, com

pouca iluminação e ventilação. Temos uma sala com um computador, mas não temos internet, também não temos telefones na unidade. No consultório médico, a mesa não é a recomendada para os exames ginecológicos, mas temos uma sala ginecológica. Contamos com uma cozinha pequena, na qual não temos mesa para as refeições. Com respeito à ventilação, em geral, é boa, mas não tem ventilação natural, a maioria dos locais tem ar condicionado, temos locais, como a cozinha e recepção, que não tem, mas tem uma janela com um bom fluxo do vento. Quanto à iluminação nem todos os ambientes são claros e com o máximo de luminosidade como acontece na farmácia, cozinha. Nos subúrbios da unidade temos o depósito de lixo o qual está a céu aberto e não tem a adequada proteção contra roedores. Os tetos têm boa qualidade e os pisos não são antiderrapantes. As paredes não são laváveis.

Na UBS também temos dificuldade em dispor estruturas adequadas para os portadores de deficiências, pessoas idosas ou outras, tendo em conta que no Brasil 23,1% da população é composta por pessoas idosas ou com algum tipo de deficiência, as quais vão encontrar dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e as edificações conhecido como barreiras arquitetônicas, que as encontram também nos espaços destinados aos cuidados da saúde como é o caso de nossa unidade. Não há na unidade espaço adaptado aos portadores de deficiência física. Não contamos com cadeira de rodas para atender aos usuários se for necessário. Os banheiros dos usuários não estão adaptados para pessoas descapacitados, e não é possível realizar as manobras de aproximação com cadeiras de rodas, o prédio é inadequado para o acesso de pessoas portadoras de necessidades especiais. Não contamos com corrimão nas rampas, nem no resto dos corredores, não temos calçadas que garantam o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e descapacitados ou com alguma necessidade especial. Apesar de contar com estas dificuldades em nossa unidade fazemos nosso melhor trabalho para que os usuários recebam o atendimento de qualidade em todo o serviço e sintam-se bem acolhidos.

A equipe de trabalho participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, participam os ACS e o enfermeiro, em conjunto com todos os membros da equipe. O processo de mapeamento ainda não acontece nas UBS do município, só existe na secretaria de saúde, o seja nestes momentos não temos na UBS o mapa da área de abrangência, mas já está-se

trabalhando para que cada UBS tenha o mapa da área. Como atribuições desenvolvidas pelos profissionais da UBS no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe são feitas: identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a riscos, identificação de indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase, etc.), sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escola, etc.), sinalização das redes sociais (grupo de mães, grupos de associação de moradores, conselho local, etc.). Realizamos o cuidado em saúde da população em outros lugares, como nos domicílios e nas escolas.

Em nossa unidade não realizamos procedimentos cirúrgicos menores já que não temos as condições adequadas, por falta de estrutura, a sala de curativos é em conjunto com a de procedimentos, e às vezes não temos material necessário para os mesmos, isto afeta os usuários, pois eles têm que ser encaminhados para outros centros de saúde, sendo qualificada a equipe de saúde que trabalha na UBS para a realização destes procedimentos.

Em relação aos atendimentos de urgência e emergência, estes não são realizados na unidade porque não contamos com os recursos necessários para os mesmos, tendo que ser encaminhados para atenção hospitalar. Na unidade somente fazemos os primeiros auxílios e encaminhamos para o Hospital, que fica perto das unidades. Realizamos a busca ativa de usuários faltosos, só que esta é realizada pelos ACS, por exemplo, em caso de grávidas e crianças que falem às consultas e vacinas, solicitamos aos ACS, que são os que estão em maior contato com os usuários, para que sejam procurados. Também realizamos o cuidado domiciliar às pessoas que precisem desse tipo de atendimento, mais não existe na unidade um levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, o que dificulta um pouco o trabalho porque não temos um controle dos mesmos.

Em relação aos encaminhamentos para outros níveis de atenção, nós encaminhamos os usuários, mas esse fluxo de referência e contra referência não é respeitado. Também não temos os protocolos para fazer os encaminhamentos dos usuários para outros níveis do sistema de saúde afetando a qualidade do processo. Outro problema é que os profissionais da UBS não acompanham o plano terapêutico proposto aos usuários quando são encaminhados a outros níveis do sistema. Além disso, não fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internação

hospitalar já que não temos um sistema de controle dos usuários, além de não ter disponibilidade de tempo para fazer essa tarefa tão importante, pois a necessidade de atendimento no posto de saúde é alta. Realizamos a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, a mesma é realizada pelo médico e o enfermeiro. Não realizamos a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Em nossa unidade realizamos atividades de grupos com os adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal, mas deveríamos reforçar essas atividades já que nosso objetivo fundamental na atenção básica é a promoção e prevenção em saúde. De uma forma ou outra cada profissional de saúde da unidade participa da realização destas atividades.

Na UBS não realizamos ações para promover a participação da comunidade no controle social que seria de vital importância já que com o apoio da comunidade e a identificação de parceiros e recursos na comunidade, podemos obter potencializar ações inter setoriais com a equipe. Quanto ao processo de qualificação profissional, da unidade somente os enfermeiros participam deste. O gerente da unidade é a única pessoa que participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, porque o gerenciamento é realizado pela secretaria de saúde, sendo um problema para garantir um atendimento de qualidade aos usuários. Na UBS são realizadas as reuniões de equipe com uma frequência mensal, dentre os temas analisados estão: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho e planejamento das ações; participam todos os integrantes da equipe. Também deveríamos tratar de temas sobre discussão de casos clínicos e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, aspectos muito importantes para o trabalho em equipe.

Nossa UBS tem somente uma equipe de saúde e atende uma população de 2570 pessoas, predomina o sexo feminino, com 1808 mulheres e 1762 homens. Ainda existe população que não está cadastrada por falta de ACS, por isso não coincidem as estimativas do Caderno de Atenção Programática (CAP), com o cadastro da população, sendo inferiores os cadastrados. Temos 45 crianças, 25 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, de uma estimativa de 51 menores de um ano, e 27 gestantes fazem o pré-natal na UBS, dentre elas 7 são fora de área, de uma estimativa de 34. Predomina a faixa etária de 15 a 59 anos.

Em nossa unidade o acolhimento do usuário é realizado na recepção, como o primeiro ponto de encontro entre o usuário e os profissionais da equipe de trabalho, mas todos nós fazemos acolhimento do usuário dentro da unidade de saúde, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar isoladamente. Não existe equipe de acolhimento, mas este é realizado em todos os dias de atendimento. Acho que deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas, escutadas. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Os usuários têm que esperar menos de 20 minutos para ter suas necessidades acolhidas. Apesar da equipe de saúde não conhecer algumas avaliações e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário, nem ter conhecimento sobre alguma avaliação e classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário, nós podemos pôr em prática estes aspectos, já que damos prioridade de atendimento aos casos agudos, a pessoas idosas, grávidas, crianças de colo, crianças em geral.

Em relação aos problemas de saúde agudos, que são aqueles que surgem a partir de uma demanda do usuário que não estava prevista, e desencadeiam a necessidade de atendimento no dia, de sua solicitação ou imediato - prioritário, em nossa UBS trabalhamos mais com essa demanda espontânea, do que com consulta agendada, por isso é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Nossa equipe trata de dar respostas às demandas de todos os usuários, se faz todo o possível para que sejam atendidos no dia, no caso de que por alguma situação não seja assim, orienta-se o usuário a retornar no outro dia, se o problema de saúde puder esperar.

Nosso serviço da odontologia oferece consultas para os usuários quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia e aos que apresentam problemas de saúde agudos que não precisam de atendimento imediato/prioritário. Não existe excesso de demanda para estes tipos de atendimentos. Na unidade não se oferece serviço de próteses dentárias, nem se oferece atendimento odontológico especializado, como por exemplo, tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa.

Em relação ao Programa Saúde da Criança em nossa área, temos um total de 97 crianças compreendidas entre a faixa etária de 0-72 meses, existindo 41 crianças menores de 1 ano, para um indicador de cobertura da Puericultura de 80%. Referente aos indicadores de qualidade temos as seguintes coberturas: consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde são 32 (78%); atraso da consulta agendada em mais de sete dias são 14 (34%); teste do pezinho até sete dias são 41 (100%). Primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida são 30 (73%); triagem auditiva 41 crianças (100%); monitoramento do crescimento na última consulta é 30 (73%). Monitoramento do desenvolvimento na última consulta foi 28 (68%); vacinas em dia 36 (88%); avaliação de saúde bucal 29 crianças (71%). Orientação para aleitamento materno exclusivo 41 (100%); orientação para prevenção de acidentes são 37 crianças (90%). Como Problemas encontrados quanto aos indicadores, pudemos observar: a quantidade de consultas que correspondem de acordo ao Protocolo do Ministério de Saúde, o qual recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida. Na UBS este indicador ainda é baixo e estamos trabalhando para conscientizar as mães sobre a importância da puericultura para seus filhos, mediante atividades educativas. Outro problema encontrado foi a realização de consulta nos primeiros 7 dias a qual é baixa, o que acontece muitas vezes é que as gestantes depois que ganham o bebê não dão muita importância a essa consulta, e em ocasiões temos que fazer o seguimento no domicílio; portanto devemos trabalhar mais nesse aspecto, e estamos aproveitando quando as mães levam o bebê para realizar o teste de pezinho para fazermos a primeira consulta à criança. Outro problema é a avaliação da saúde bucal cuja percentagem é baixa, apesar de orientar às mães sobre sua importância, ainda temos crianças com atraso na vacina, acontece por doenças das crianças geralmente, mas neste indicador já estamos trabalhando para um 100%. A equipe de saúde desenvolve diferentes ações de cuidado nas puericulturas como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, e hábitos alimentares saudáveis. Realizamos a identificação de crianças de alto risco, problema que apresentamos na unidade por apresentar problemas sociais, algumas mães adolescentes e outros. Contamos na unidade com o Programa de Bolsa de Família e crianças com saúde de ferro. Em nossa unidade realizamos o atendimento de puericultura para o grupo etário de 0-12 meses somente, este é realizado uma

vez por semana e acontece nos dois turnos de trabalho, mediante consultas agendadas, mas pode acontecer qualquer outro dia da semana, porque apesar de agendar as consultas, as mães levam as crianças quando têm melhor oportunidade, este atendimento é realizado pelo enfermeiro, o médico e odontólogo.

A cobertura Pré-natal da UBS ainda é baixa, contamos com uma estimativa de 25 gestantes e temos cadastradas 20 gestantes residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS, o que representa uma cobertura de 80%. Com respeito aos indicadores de qualidade, no atendimento pré-natal na UBS, temos as seguintes coberturas: o Pré-natal iniciado no 1º trimestre encontra-se em 85% com 17 gestantes, as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, 18 (100%), a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 20 (100%), a vacina antitetânica conforme protocolo 100%, assim como a vacina contra hepatite B conforme protocolo. Também 100% das gestantes receberam a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, somente 12 das gestantes têm exame ginecológico por trimestre (60%) e 70% delas têm avaliação de saúde bucal (14 gestantes avaliadas), mas deve-se destacar que o 100% das gestantes receberam orientação para aleitamento exclusivo.

A nossa ESF vai continuar trabalhando para a identificação de gestantes na UBS e para fazer um atendimento de pré-natal precocemente e de qualidade, de preferência antes das 12 semanas de gestação, seguindo o protocolo de atendimento para melhorar este indicador de cobertura. Como problemas encontrados temos o não início do pré-natal no primeiro trimestre de gravidez, indicador de grande importância porque durante este período a mulher precisa fazer exame clínico e exames complementares para avaliar o risco, assim como tomar condutas em relação à gravidez. Outro problema detectado é que não fazemos o exame ginecológico às gestantes nos três trimestres, assim como não fazemos avaliação de saúde bucal a 100% das gestantes. Nossa equipe já tem identificado estes problemas e estamos trabalhando para melhorar esses indicadores.

Em relação à avaliação da cobertura de consulta de Puerpério, neste momento em nossa unidade também é baixa em relação à estimativa do CAP. De 51 puérperas que deviam realizar o atendimento, somente 41 realizaram (80%). Como principais dificuldades encontraram baixa porcentagem de puérperas que consultaram antes dos 42 dias, também temos baixa porcentagem de puérperas

com exame ginecológico e mamas e abdômen examinadas, assim como a avaliação psicológica.

O atendimento pré-natal na unidade é realizado pelo médico clínico geral, a enfermeira e o odontólogo. É organizado através das consultas agendadas e visitas domiciliares. As gestantes são avaliadas integralmente pela equipe de saúde. As mesmas conhecem a data da próxima consulta antes de sair da unidade sendo programada mensalmente até 28 semanas, quinzenalmente de 28 até 36 semanas de gestação e semanalmente até 41 semanas, trata-se de que o número de consultas seja igual ou superior a 6, como corresponde segundo o Caderno de Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Até o momento na unidade não existe aumento da demanda de gestantes com problemas de saúde agudos. Utilizamos o protocolo para atendimento pré-natal enviado pelo Ministério de saúde do ano 2012 (BRASIL, 2012), o qual é utilizado por todos os profissionais que realizamos este atendimento. Na unidade são desenvolvidas diferentes ações para o cuidado de nossas gestantes, como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal. Na unidade utilizamos os protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, tanto nos casos que seja avaliado o risco gestacional como nos casos dos encaminhamentos para a atenção especializada e a internação hospitalar. O atendimento realizado às gestantes é registrado no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho das vacinas.

Contamos com arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, o qual se costuma ser revisado periodicamente com uma frequência mensal a fim de verificar gestantes faltosas, verificar se registros estão completos, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco. A enfermeira é a encarregada de revisar esse arquivo. Em todas as consultas de pré-natal solicitamos a carteira/o cartão de pré-natal, e se preenchem todas as informações atuais das gestantes. Durante as consultas se conversa com elas sobre a alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira/do cartão de pré-natal, chama-se a atenção para a data da próxima vacina, recomenda-se que realize avaliação de

saúde bucal na gravidez, conversa-se com elas sobre as práticas de promoção do aleitamento, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas, sobre a anticoncepção pós-parto, recomenda-se que se realize a revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e realizar a revisão puerperal entre 30 e 42 dias pós-parto. Na unidade contamos com o Programa SISPRENATAL do Ministério da saúde, cujo responsável é o enfermeiro, e a pessoa que se responsabiliza pelo envio dos cadastros é a Secretária Municipal de saúde. Nossa equipe de saúde realiza atividades com grupos de gestantes, as que são realizadas no âmbito da UBS; nestas atividades participam o médico, a enfermeira, o odontólogo e toda a equipe. Para melhorar o processo de trabalho em relação ao pré-natal e puerpério, estamos realizando reuniões semanalmente para avaliar as deficiências do programa e o planejamento, gestão e coordenação do programa.

Em relação à cobertura do Programa de Câncer de Colo de Útero e de Mama, podemos dizer que o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 541, e temos residentes na área e acompanhadas 508 mulheres nesta faixa etária (97%). Com respeito aos indicadores de qualidade podemos dizer que temos as seguintes coberturas: com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia temos 495 usuários (97%), exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso temos 75 (15%). Além disso, temos 1% de exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, correspondendo a 5 usuários. Com avaliação de risco para câncer de colo de útero temos 433 mulheres (85%) e todas elas (100%) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, assim como sobre doenças sexualmente transmissíveis. Com exames coletados com amostras satisfatórias são 486 (96%) e com exames coletados com células representativas da junção escamo colunar são 411 (81%). Temos vários problemas que devemos melhorar quanto aos indicadores de qualidade, como: primeiramente temos que aumentar a cobertura, portanto temos que cadastrar toda a população, temos que alcançar 100% das mulheres com exames em dia e assim poder fazer um diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, já que na unidade só temos 5 mulheres cujo resultado do exame citopatológico para câncer do colo do útero foi alterado e foram diagnosticados em etapas tardias da doença. Com respeito à cobertura de controle de câncer de mama na área, essa é de 94%; de um estimado de 128 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, contamos com um total de 120 mulheres entre 50 e 69

residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Em relação aos indicadores de qualidade temos: com mamografia em dia 90 mulheres (75%), com mamografia com mais de 3 meses em atraso 52 (43%), com avaliação de risco para câncer de mama 104 mulheres (87%). Além disso, todas elas tinham orientação sobre prevenção do câncer de mama. Em relação aos problemas encontrados, temos, primeiramente, que aumentar a cobertura na UBS mediante o cadastro de toda a população, também devemos melhorar no atraso na realização das mamografias em mais de 3 meses. Devemos avaliar a possibilidade de realizar mamografia no município, tendo em conta a incidência desta doença.

Realizamos atividades preventivas tanto no controle de câncer de colo como de mama, existindo um atendimento específico aos grupos e idades consideradas como de risco: para câncer de colo entre 25-64 anos e para câncer de mama entre 50-59 anos. Mas apesar de realizar este trabalho estamos apresentando problemas com estes indicadores. Na UBS é realizada a prevenção do câncer do colo de útero através da coleta de exame citopatológico, além disso, são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo do útero. Esta coleta é realizada uma vez por semana pela enfermeira da unidade, o rastreamento que utilizamos é o oportuníssimo já que exame de rastreio é ofertado às mulheres que oportunamente chegam à unidade. E a equipe de saúde já seja o médico, a enfermeira ou o ACS aproveitamos o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer do colo do útero, assim como para investigar fatores de risco nestas mulheres. Não contamos na unidade com o protocolo de prevenção do câncer do colo do útero. Nos últimos três anos na unidade só 5 mulheres foram identificadas com exame cito patológico alterado. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta do exame citopatológico são registrados no livro de registro e prontuário clínico. Contamos na unidade com um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, que é revisado mensalmente pela enfermeira para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, verificar mulheres com exame alterado atraso.

Nós realizamos ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. Realizamos rastreamento para o câncer de mamas mediante ao exame de mamas e solicitação de mamografias. Este rastreamento é realizado todos os dias na unidade dependendo demanda, seja pelo médico ou pela enfermeira. O médico, a enfermeira e os agentes de saúde

aproveitam o contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento que utilizamos na unidade é o oportuníssimo já que aproveitamos as mulheres que oportunamente chegam à unidade para realizar o rastreamento e indagamos sobre os fatores de risco apresentados. Não contamos com protocolo de controle do câncer de mama na unidade, nem com arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia.

A cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na área é baixa (34%), o número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 451, e na realidade em nossa unidade contamos com um total de 154 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Com respeito aos indicadores de qualidade temos: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico a 78 usuários (51%), com atraso na consulta agendada em mais de 7 dias, 54 (35%), com exames complementares periódicos em dia temos 86 usuários (56%). Orientação sobre prática de atividade física regular foi dada a 84 usuários (55%), orientação nutricional para alimentação saudável a 136 usuários (88%) e com avaliação de saúde bucal em dia temos somente 54 pessoas (38%). Dentre estes indicadores mostrados, encontramos problemas que devemos melhorar como: a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico indicador que está em 51% e é de grande importância para o controle e tratamento dos usuários assim como para a prevenção de complicações. Temos atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Durante as consultas médicas solicitamos a realização de os exames complementares periódicos, exceto dosagem de potássio e eletrocardiograma com os quais não contamos no município, mas às vezes demoram demais ou não fazem, além disso, são dadas orientações sobre a prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável. Segundo dados de estatísticas do serviço de odontologia, os atendimentos a estes usuários se encontram baixos.

Com respeito à cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na área temos de uma estimativa de 129 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, na realidade contamos com 92 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, 71% de cobertura, indicador que ainda está baixo. Em relação aos indicadores de qualidade temos: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 74 pessoas (77%), com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias temos 28 usuários (27%), com exames

complementares periódicos em dia 83 (71%), com exame físico dos pés nos últimos 3 meses 28 (75%), com palpação dos pulsos tibial posterior nos últimos 3 meses temos 32 pessoas (38%), com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 26 (26%), com orientação sobre prática de atividade física regular temos 79 (84%), com orientação nutricional para alimentação saudável 89 pessoas (83%) e com avaliação de saúde bucal em dia 22 pessoas (38%). Quanto aos problemas apresentados quanto a estes indicadores de qualidade temos: a cobertura de diabetes não está ótima, portanto temos que continuar para alcançar um indicador de cobertura maior. A cobertura dos usuários os exames complementares periódicos e da realização de exame clínico incluindo os pulsos e tibial posterior é muito baixa, apesar da importância dos mesmos devido às diferentes complicações que se podem apresentar. Todos os usuários que consultarem devem receber as orientações sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável. Segundo dados de estatísticas do serviço de odontologia na unidade, foram realizadas consultas somente a 22 pessoas (38%).

Na unidade se realiza o atendimento de adultos portadores de HAS e DM uma vez por semana e acontece nos dois turnos de trabalho. Participam do atendimento o médico, a enfermeira e o odontólogo, além de ser uma tarefa de toda a equipe de saúde. Os usuários, uma vez realizados a consulta, saem da unidade com a próxima consulta agendada, mas às vezes é difícil obter esse acompanhamento já que se eles se sentem bem não assistem à consulta, dificuldade na qual estamos trabalhando para que os usuários se conscientizem da importância de ter um bom acompanhamento para obter um controle de sua doença. Não contamos na unidade com os protocolos de atendimentos para a HAS e a DM, algo que é muito importante, é uma ferramenta fundamental para desenvolver um acolhimento adequado aos usuários com HAS/DM, com o propósito de normatizar e fazer procedimentos importantes no cotidiano. Na unidade são desenvolvidas ações no cuidado dos usuários diagnosticados com estas doenças crônicas não transmissíveis como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Os profissionais da saúde realizam a estratificação dos fatores de risco cardiovasculares nestes usuários. Os atendimentos realizados são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológica, e na ficha-espelho de vacinas. Atualmente não

contamos com nenhum arquivo específico para o registro dos atendimentos aos adultos com HAS e DM. Trabalhamos na realização de atividades com grupos de adultos hipertensos e diabéticos, mas devemos aumentar a frequência das atividades. A equipe realiza ações de orientações quanto aos hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, a prática regular da atividade física, os malefícios sobre o consumo excessivo de álcool e o tabagismo, assim como reconhecer sinais de complicação destas doenças. Em nossa unidade existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, cujo responsável pelo cadastramento dos adultos no programa, e pelo envio destes cadastros é a Secretária Municipal de saúde e a coordenadora da unidade (enfermeira). Este programa foi criado com o objetivo de cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e diabetes vinculados às unidades básicas de saúde do SUS. Na unidade não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM.

Referente à Saúde da pessoa Idosa podemos dizer que nosso indicador de cobertura está em 98%, de um estimado de 164 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área, contamos, segundo os dados de estatísticas, com um total de 161 pessoas de 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Com respeito aos indicadores de qualidade temos: caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para 123 (76%) idosos, realização de Avaliação Multidimensional Rápida a 66 (41%), com acompanhamento em dia 118 (73%), com HAS 65 (43%), com DM 34 (21%), com avaliação de risco para morbimortalidade 120 (75%), com investigação de indicadores de fragilização na velhice 95 (59%), com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 142 (88%), com orientação para atividade física regular 78% e com Avaliação de saúde bucal em dia 96 (60%). Dentre estes indicadores encontramos problemas que devemos melhorar como: realização de Avaliação Multidimensional Rápida (41%) e investigação de indicadores de fragilização na velhice (59%). Estas avaliações são muito importantes no processo diagnóstico multidimensional e serve para determinar as deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias, do ponto de vista médico, funcional e social. Também temos baixa porcentagem da quantidade de idosos que têm caderneta de saúde da pessoa idosa. Além disso, a cobertura deve aumentar e alcançar 100%, assim como também devemos melhorar o acompanhamento em dia. Temos 65 idosos hipertensos e 34 diabéticos na unidade (43% e 21%

respectivamente). Durante as consultas orienta-se sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular.

Em nossa unidade realizamos atendimento às pessoas idosas todos os dias da semana, sendo que existe idoso fora da área de cobertura que realizam o atendimento em nossa unidade. Em geral toda a equipe de saúde está envolvida no atendimento a estas pessoas tanto o médico, a enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, como os ACS. Realizamos atendimento de idoso com problemas de saúde agudos, não existindo um excesso desta demanda. Não contamos na unidade com protocolo de atendimento para o idoso, que é importante, já que é uma ferramenta fundamental para desenvolver um bom acolhimento e acompanhamento destes usuários. Desenvolvemos diferentes atividades na unidade no cuidado dos idosos como: imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo. Uma vez realizado os atendimentos a estes usuários, são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacinas.

Não existe na unidade nenhum arquivo específico para os registros dos atendimentos dos idosos. Nossos profissionais de saúde explicam ao idoso ou a seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão. Contamos na unidade com a caderneta de saúde da pessoa idosa, as quais são entregues pelos ACS já que eles são os encarregados de seu preenchimento. Algo que devemos melhorar na unidade é que nos atendimentos nem sempre solicitamos a caderneta de saúde da pessoa idosa, pois os idosos não estão acostumados a levar. Para solucionar esse problema começamos a trabalhar dando as orientações que devem assistir a consulta com a mesma.

Até o momento na unidade não existe nenhum Programa de atenção ao idoso. Outro problema que devemos melhorar é que na unidade não realizamos atividades com grupos de idosos frequentemente, portanto devemos pensar em uma estratégia para o mesmo, já que o trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação

em saúde. Na unidade realizamos cuidado domiciliar àquelas pessoas idosas que necessitem, coordena-se com os agentes de saúde que são os que nos informam sobre os problemas destes usuários, e tanto o médico como a enfermeira participam destes cuidados. No momento não contamos com nenhum levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar, mas se conhecemos dois idosos acamados assim como deficientes que precisam deste serviço. Não contamos com profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

A partir das análises realizadas no presente relatório podemos dizer que um dos maiores desafios é focar ainda mais na realização atividades educativas com a comunidade, fomentando a criação de grupos de adolescentes, grávidas, idosos, diabéticos, hipertensos, que tanto precisam, além de obter conscientizar a população sobre realizar mudanças em seu estilo de vida. Para isso temos uma equipe de saúde que conta com profissionais capacitados, com os maiores desejos de trabalhar e estão dispostos a enfrentar qualquer coisa para cumprir nosso objetivo: fornecer uma saúde integral de qualidade e melhorar a qualidade de vida da população, mudando estilos de vida inadequados.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Em relação à tarefa de situação da ESF/APS em meu serviço, muitos aspectos já mudaram, primeiramente a nossa visão, como profissionais da saúde. Nós estamos aprofundamos mais sobre os programas de saúde e trabalhamos com base nos indicadores. Em relação a atenção à demanda espontânea o qual não é o objetivo na atenção primária, e estamos pouco a pouco conseguindo trabalhar com consultas agendadas, sobretudo com crianças, gestantes, usuários com doenças crônicas, idosos.. Ainda temos que mudar muitas coisas, como por exemplo, questões relacionadas às deficiências estruturais, quanto ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos diversos grupos, mas contamos com uma equipe de profissionais preparados, capacitados e com muita bondade para trabalhar e obter melhoras no serviço de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM constituem duas das doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no mundo e no Brasil. A HAS é a doença de maior prevalência na população, no mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sua prevalência, varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média). A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta, entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. A DM é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo, 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2012). A partir dessa análise inicial a nossa equipe de saúde decidiu que a ação programática típica da Atenção primária à saúde que será o foco do Projeto de intervenção é a HAS e a DM, já que nos falta muito trabalho por fazer com respeito a essa ação programática em nossa unidade, e cada dia a população- alvo para essas doenças é ainda mais jovem, são diagnosticados novos casos, têm uma alta taxa de mortalidade e deixam deficiências físicas e limitações.

Trabalho na UBS Tufic Mizael Saady, pertencente à área urbana, localizada na rua Rui Lino, da cidade de Brasiléia, estado do Acre. No município de Brasiléia,

assim como no resto do estado Acre, as fontes de economia principal é a Agronomia e a Pecuária e é também do que se sustenta nossa comunidade, pois são pessoas com renda econômica baixa. O município sofreu alagação no ano 2012, e agora em fevereiro 2015, 90% da cidade ficou abaixo das águas do Rio Acre, fenômeno este que ainda não superamos e ainda estamos sofrendo as consequências da alagação. É uma instituição de saúde que cumpre com o modelo de atenção básica primária. Está composta por uma área de recepção, sala de pré-consulta, consultório médico, farmácia, sala de vacinação, sala de curativos, sala para fazer o preventivo citopatológico do colo do útero, consultório odontológico, além disso, contamos com cozinha, 2 banheiros para os usuários e funcionários e uma área de almoxarifado. Nossa equipe de saúde está composta por 1 médico, 2 enfermeiras, 1 técnico de enfermagem, 1 dependente de farmácia, 1 recepcionista, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 1 faxineira, e 5 ACS que são uma parte importante do trabalho da equipe, pois eles estão dia a dia na comunidade e sabem sobre as necessidades mais específicas da comunidade, estão muito envolvidos em seu trabalho e levam, em suas visitas, orientações para a família, acompanham os tratamentos dos usuários, e outras funções.

Na UBS se realiza o acompanhamento às doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e a DM. Logo que fizemos uma revisão do protocolo de atuação, os questionários de análise situacional, e preenchemos as abas do CAP da nossa UBS relacionadas com HAS e DM, demo-nos conta que a cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na área é baixa (34%), o número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 451, e na realidade em nossa unidade contamos com um total de 154 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Com respeito aos indicadores de qualidade temos: Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico: 51%, com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias: 35%, exames complementares periódicos em dia: 56%, orientação sobre prática de atividade física regular: 55%, orientação nutricional para alimentação saudável: 88% e avaliação de saúde bucal em dia: 38%. Com respeito à cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na área, de uma estimativa de 129 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, na realidade contamos com 92 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, (cobertura de 71%). Em relação aos indicadores de qualidade temos: com realização de estratificação de risco

cardiovascular por critério clínico: 77%, com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias: 27%, com exames complementares periódicos em dia: 71%, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses: 75%, com palpação dos pulsos tibial posterior nos últimos 3 meses: 38%, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses: 26%, com orientação sobre prática de atividade física regular: 84%, com orientação nutricional para alimentação saudável: 83% e com avaliação de saúde bucal em dia: 38%

Em nossa unidade existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, mas não existe um arquivo específico para a população alvo, o que dificulta o monitoramento das ações de saúde. Para atingir nossos objetivos e metas contamos com uma equipe com profissionais bem capacitados e comprometidos com a tarefa, e com os maiores desejos de trabalhar para que o trabalho seja realizado com sucesso. Podemos enfrentar dificuldades, pois não contamos com nenhum arquivo específico para o registro dos atendimentos aos adultos com HAS e DM, não contamos com prontuário eletrônico ainda na UBS, e o trabalho nos vai dificultar um pouco em relação à rapidez para obter os dados, não contamos com os meios de transporte necessários para realizar todas as visitas domiciliares que serão necessárias, além disso, não temos grupos criados de hipertensos nem diabéticos para a realização de atividades educativas. Na unidade não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM, por isso ainda temos muito trabalho para fazer, mas isso não são dificuldades que nos farão desistir da realização do projeto, pois vamos dar o melhor de nós para obter um bom trabalho e alcançar com a intervenção a melhoria da qualidade da atenção a nossa população de hipertensos e diabéticos, para assim melhorar sua qualidade de vida, permitindo um controle e monitoramento de suas doenças, detectar os fatores de risco, evitar e/ou diminuir a ocorrência de complicações secundárias, o que vai diminuir a morbimortalidade nesse grupo populacional.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Tufic Mizael Saady, Brasília/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta referente ao objetivo 1:

- Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

- Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta referente ao objetivo 2:

- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

- Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o Protocolo do Ministério da saúde.

- Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o Protocolo do Ministério da saúde.

- Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

- Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Meta referente ao objetivo 3:

- Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta referente ao objetivo 4:

- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta referente ao objetivo 5:

- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta referente ao objetivo 6:

- Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

- Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

- Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

- Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

- Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

- Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

- Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

- Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Tufic Mizael Saady, no município de Brasiléia, Acre. Participarão da intervenção os hipertensos e diabéticos de 20 anos e mais pertencentes à área adstrita da UBS Tufic Mizael Saady. O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de três meses.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ação:

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

Os profissionais da unidade, médico e a enfermeira, realizarão o monitoramento dos usuários hipertensos cadastrados na UBS uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão arterial.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento:

A recepcionista da unidade tem como orientação realizar o registro dos usuários hipertensos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde. A coordenadora da unidade solicitará à Secretária de Saúde a realização de uma capacitação para a equipe de saúde, em relação ao tema de Acolhimento, a que pode ser realizada quando se fizer a reunião da equipe. A coordenadora da unidade de saúde todos os meses tem uma reunião com os gestores da secretária, onde se realiza o pedido dos recursos que são necessários na unidade, incluindo os de garantir o atendimento aos hipertensos.

Engajamento público.

Ações:

Comunicar a nossa comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Orientar a nossa população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a nossa população sobre a importância do rastreamento para Diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a nossa comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Em nossa unidade estamos aproveitando a oportunidade quando chegam os usuários para que, enquanto esperam pelo atendimento, a enfermeira realize palestras sobre o programa de hipertensos e diabéticos, para que tenham o conhecimento de que existe o mesmo na unidade de saúde e como é implantado, assim como se realizam palestras de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e diabetes, as que são realizadas no mesmo lugar pela enfermeira. Já estabelecemos a realização das mesmas uma vez por semana todas quintas feiras.

Qualificação da prática clínica.

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento:

Planejamos, para realizar a capacitação dos ACS e do resto da equipe, aproveitar quando se realizam as reuniões da equipe uma vez por mês e incluí-los como um tema, assim todos os meses incluirão temas como o cadastramento, controle correto da pressão arterial, realização do hemoglicoteste, entre outros, cada integrante da equipe vai ser avisado com antecedência sobre o tema a preparar-se para que exponha para os outros integrantes da equipe e assim sucessivamente para que cada integrante debate um tema em cada reunião.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento:

Os profissionais da unidade, médico e a enfermeira, realizarão o monitoramento dos usuários diabéticos cadastrados na UBS uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

O recepcionista da unidade tem como orientação realizar o registro dos usuários diabéticos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde. A coordenadora da unidade solicitará à Secretária de Saúde a realização de uma capacitação para a equipe de saúde, em relação ao tema de Acolhimento, que pode ser realizada quando se fizer a reunião

da equipe. A coordenadora da unidade de saúde todos os meses tem uma reunião com os gestores da secretária, onde se realiza o pedido dos recursos que são necessários na unidade, incluindo os de garantir material adequado para a realização do hemoglicoteste.

Engajamento Público.

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Em nossa unidade estamos aproveitando a oportunidade quando chegam os usuários de forma oportunística para que, enquanto esperam pelo atendimento, a enfermeira realize palestras sobre o programa de hipertensos e diabéticos, para que tenham o conhecimento de que existe o mesmo na unidade de saúde e como é implantado, assim como se realizam palestras de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e diabetes, que são realizadas no mesmo lugar pela enfermeira. Já estabelecemos a realização das mesmas uma vez por semana todas quintas feiras.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Planejamos para realizar a capacitação dos ACS e do resto da equipe, aproveitando quando se realizam as reuniões da equipe uma vez por mês e incluí-los como um ponto, assim todos os meses serão debatidos temas como o cadastramento, controle correto da pressão arterial, realização do hemoglicotestes,

entre outros. Cada integrante da equipe vai ser avisado com antecedência sobre o tema a preparar-se para que exponha para os outros integrantes da equipe e assim sucessivamente para que cada integrante debata um tema em cada reunião.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e a avaliação dos prontuários clínicos dos usuários hipertensos uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

A recepcionista da sala de pré-consulta vai realizar a medida da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, assim como pesar, medir a altura e a circunferência abdominal dos usuários hipertensos. Para isso precisamos de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica os quais estão disponíveis na unidade. A capacitação dos profissionais já está organizada, e vai ser realizada de acordo com os Protocolos do Ministério da saúde do 2013, que são os que adotamos na unidade, e que já se solicitou à Secretária a impressão dos mesmos para os ter disponibilizados na unidade, porque só estão em formato digital.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Nas palestras realizadas pela enfermeira Ihe dará as orientações aos usuários sobre todos os cuidados que devem ter em relação a estas doenças, além disso, em cada consulta o médico também dará estas orientações de forma individual.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Temos planejado a capacitação da equipe de saúde uma vez por mês, onde discutiremos o tema do exame físico aos usuários hipertensos, que vai ser realizada pelo médico da unidade, que é quem depois vai supervisionar o exame.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e a avaliação dos prontuários clínicos dos usuários diabéticos uma vez por mês.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

A recepcionista da sala de pré-consulta vai realizar a medida da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, assim como pesar, verificar a altura, medir a circunferência abdominal dos usuários diabéticos e realizar o hemoglicoteste. Para isso precisamos de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica os quais estão disponíveis na unidade. A capacitação dos profissionais já está organizada, e vai ser realizada pelos Protocolos do Ministério da saúde do 2013, que

são os que adotamos na unidade, e que já se solicitou à Secretária a impressão dos mesmos para os ter disponibilizados na unidade.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Nas palestras realizadas pela enfermeira serão dadas as orientações aos usuários sobre todos os cuidados que devem ter em relação a estas doenças, além disso, em cada consulta o médico também dará estas orientações de forma individual.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Temos planejado a capacitação da equipe de saúde uma vez por mês, onde falaremos sobre o tema do exame físico aos usuários diabéticos, assim como realização do hemoglicoteste, a qual vai ser realizada pelo médico da unidade, que é quem depois vai supervisionar dito exame.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Monitoramento e Avaliação.

Ações

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e a avaliação dos prontuários clínicos dos diabéticos uma vez por mês.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão a realizar exame dos pés das pessoas diabéticas. A capacitação dos profissionais já está organizada, e vai ser realizada pelos Protocolos do Ministério da saúde de 2013, que são os que adotamos na unidade, e que já se solicitou à Secretária a impressão dos mesmos para os ter disponibilizados na unidade. Solicitaremos aos gestores o monofilamento 10g para realizar exame dos pés de acordo ao protocolo. O médico vai fazer a referência dos usuários que necessitem de consulta especializada e vai solicitar a contra referência do especialista para dar acompanhamento ao usuário.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

Nas palestras realizadas pela enfermeira serão dadas orientações aos usuários sobre todos os cuidados que devem ter em relação a estas doenças, além disso, em cada consulta o médico também dará estas orientações de forma individual.

Qualificação Da Prática Clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento:

O médico capacitará a todos os profissionais da unidade sobre a realização do exame físico dos pés mensalmente.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários hipertensos uma vez por mês, para ter um controle de quantos usuários solicitaram ou foram realizados os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo e com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço.**Ações:**

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

O médico da unidade realizará a solicitação dos exames complementares aos usuários hipertensos de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. O Hospital do município garante a realização dos exames a tais usuários, os quais estavam demorando para obter os resultados mas já se teve uma melhora quanto à rapidez.

Engajamento Público.**Ações:**

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Toda a equipe de saúde com ajuda dos ACS já está capacitada para orientar a comunidade toda em quanto à importância e necessidade de realização de exames complementares. Nas palestras realizadas pela enfermeira, nas consultas realizadas pelo médico, assim como nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, os usuários serão orientados sobre a importância da realização dos exames, a

periodicidade com que devem ser realizados e a disponibilidade que tem o município para realizar os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

Nas capacitações programadas para toda a equipe de saúde uma vez por mês um dos temas que vamos tratar é a solicitação de exames complementares segundo o protocolo.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e avaliação dos prontuários clínicos dos usuários diabéticos uma vez por mês, para ter um controle de quantos usuários solicitou ou foram realizados os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo e com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento:

O médico da unidade realizará a solicitação dos exames complementares aos usuários diabéticos de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. O Hospital do município garante a realização dos exames a tais usuários, os quais

estavam demorando para obter os resultados mas já se teve uma melhora quanto à rapidez.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

Toda a equipe de saúde com ajuda dos ACS já está capacitada para orientar a comunidade toda quanto à importância e necessidade de realização de exames complementares. Nas palestras realizadas pela enfermeira, nas consultas realizadas pelo médico, assim como nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, os usuários serão orientados sobre a importância da realização de ditos exames, a periodicidade com que devem ser realizados e a disponibilidade que tem o município para realizar os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

Nas capacitações programadas para toda a equipe de saúde uma vez por mês um dos temas que vamos tratar é a solicitação de exames complementares segundo o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

A responsável da farmácia vai monitorar o acesso dos medicamentos de Hiperdia, ela vai ter o registro das entradas dos medicamentos do programa de hipertensão arterial com quantidade dos mesmos todo mês.

Organização e Gestão do serviço.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS.

Detalhamento:

A responsável da farmácia realizará controle de estoque com data de validade dos medicamentos. E a enfermeira vai ter o registro de todos os usuários com hipertensão arterial cadastrados na UBS e as necessidades de medicamentos.

Engajamento Público.

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

A enfermeira vai realizar palestras dando orientações sobre o acesso dos medicamentos da farmácia popular e as possíveis alternativas para obter acesso. Por meio dos ACS, notas informativas e palestras feitas pela equipe de saúde, informaremos a comunidade sobre a farmácia popular. A equipe toda tem que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater problemas de medicamentos, cujo responsável por sua realização será a coordenadora.

Qualificação da Prática Clínica.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

O médico realizará capacitação dos profissionais da UBS sobre atualização do tratamento da Hipertensão Arterial e sobre as alternativas para obter acesso da farmácia popular.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e Avaliação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

A responsável da farmácia vai monitorar o acesso dos medicamentos de Hiperdia, ela vai ter o registro das entradas dos medicamentos do programa de diabetes mellitus com quantidade dos mesmos todo mês.

Organização e Gestão do Serviço.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento:

A responsável da farmácia realizará controle de estoque com data de validade dos medicamentos. E a enfermeira vai ter o registro de todos os usuários com hipertensão arterial cadastrados na UBS e as necessidades de medicamentos.

Engajamento Público.

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

A enfermeira vai realizar palestras dando orientações sobre o acesso dos medicamentos da farmácia popular e as possíveis alternativas para obter acesso. Por meio dos ACS, notas informativas e palestras feitas pela equipe de saúde, informaremos a comunidade sobre a farmácia popular. A equipe toda tem que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater problemas de medicamentos, cujo responsável por sua realização será a coordenadora.

Qualificação da Prática Clínica

Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

O médico realizará capacitação dos profissionais da UBS sobre atualização do tratamento da Hipertensão Arterial e sobre as alternativas para obter acesso da farmácia popular.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira realizarão, uma vez por mês, o monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos que necessitarem de atendimento odontológico, o qual realizaremos através das consultas programadas de acompanhamento. Para obter isto contamos com o serviço de odontologia na unidade.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Os usuários hipertensos que necessitarem de atendimento odontológico vão ser encaminhados para o serviço de odontologia que se dispensa na unidade, onde a assistente de estomatologia realizará o planejamento das consultas dependendo do planejamento dos grupos de trabalho, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos.

Detalhamento:

A equipe de saúde, o odontólogo e a assistente de estomatologia realizarão uma palestra educativa uma vez por mês sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e darão orientações sobre a higiene bucal. Para isso solicitaremos à secretária os materiais necessários como escovas, com os quais não contamos na unidade, e a coordenadora será a responsável por garantir os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento:

O médico junto com ajuda do dentista fará uma capacitação uma vez por mês sobre necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira realizarão, uma vez por mês, o monitoramento e avaliação dos usuários diabéticos que necessitarem de atendimento odontológico, o qual realizaremos através das consultas programadas de acompanhamento. Para obter isto contamos com o serviço de odontologia na unidade.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Os usuários diabéticos que necessitarem de atendimento odontológico vão ser encaminhados para o serviço de odontologia que se dispensa na unidade, onde a assistente de estomatologia realizará o planejamento das consultas dependendo do planejamento dos grupos de trabalho, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos diabéticos.

Detalhamento:

A equipe de saúde, o odontólogo e a assistente de estomatologia realizarão uma palestra educativa uma vez por mês, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e darão orientações sobre a higiene bucal. Para isso solicitaremos à Secretária os materiais necessários como escovas,

com os quais não contamos em à unidade, e a coordenadora será a responsável por garantir os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento:

O médico junto com ajuda do dentista fará uma capacitação uma vez por mês sobre necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

A equipe de saúde, médico e a enfermeira, farão o monitoramento e avaliação mensal das consultas de acordo a o protocolo, para ter um controle dos usuários hipertensos que estão pendentes a assistir a consulta programada.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

O médico junto com a gerente da unidade planejará as visitas domiciliares, que são feitas uma vez por semana (sexta-feira) para buscar os faltosos com ajuda dos ACS, e posteriormente se agendarão as consultas para os usuários que foram buscados.

Engajamento Público.

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Por meio dos ACS, notas informativas e palestras feitas pela equipe de saúde, informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas nestes usuários. A equipe toda tem que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater o protocolo de HIPERDIA, cujo responsável por sua realização será a coordenadora.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Realizar uma vez por mês a capacitação dos ACS de acordo a protocolo, tal capacitação vai ser realizada pelo médico da unidade.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

A equipe de saúde, médico e a enfermeira, farão o monitoramento e avaliação mensal das consultas de acordo a o protocolo, para ter um controle dos usuários diabéticos que estão pendentes a assistir a consulta programada.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

O médico junto com a gerente da unidade planejará as visitas domiciliares, que são feitas uma vez por semana (sexta-feira) para buscar os faltosos com ajuda

dos ACS, e posteriormente se agendarão as consultas para os usuários que foram buscados.

Engajamento Público.

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Por meio dos ACS, notas informativas e palestras feitas pela equipe de saúde, informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas nestes usuários. A equipe toda tem que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater o protocolo de HIPERDIA, cujo responsável por sua realização será a coordenadora.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

Realizar uma vez por mês a capacitação de os ACS de acordo a protocolo, tal capacitação vai ser realizada pelo médico da unidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão monitoramento mensal dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O recepcionista está capacitado para o SIAB, e é o responsável por manter as informações atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pelo médico e a enfermeira uma vez por mês, com a implementação e preenchimento de as fichas individuais. Nas reuniões da equipe a recepcionista informará quanto ao atraso na realização da consulta, atraso nos exames complementares, assim como aqueles prontuários que não têm avaliação de risco nem avaliação de comprometimento de órgãos-alvo.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

O médico e a equipe de saúde toda tem a obrigação de comunicar a os usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário, atividades que vão ser realizadas por meio das palestras feitas pela enfermeira e nas consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

A equipe toda já foi capacitada por funcionários da secretaria de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos

hipertensos e diabéticos, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão monitoramento mensal dos registros dos diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O recepcionista está capacitado para o SIAB, e é o responsável por manter as informações atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pelo médico e a enfermeira uma vez por mês, com a implementação e preenchimento de as fichas individuais. Nas reuniões da equipe a recepcionista informará quanto ao atraso na realização da consulta, atraso nos exames complementares, assim como aqueles prontuários que não têm avaliação de risco nem avaliação de comprometimento de órgãos-alvo.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

O médico e a equipe de saúde toda tem a obrigação de comunicar a os usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, atividades que vão ser realizadas por meio das palestras feitas pela enfermeira e nas consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

A equipe toda já foi capacitada por funcionários da secretaria de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão monitoramento mensal de os prontuários dos usuários hipertensos com realização de estratificação de risco, para ver quais deles não foram avaliados.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

O médico e a enfermeiras farão capacitação do recepcionista no acolhimento dos usuários de alto risco, e o agendamento dos usuários hipertensos será feito priorizando os de alto risco.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

O médico, a enfermeira e a equipe toda orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os ACS farão palestras uma vez por mês nas comunidades quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A equipe de saúde toda ficará capacitada na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e sobre a importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis, mediante às capacitações que já foram programadas e o médico será o responsável por tais capacitações.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão monitoramento mensal de os prontuários dos usuários diabéticos com realização de estratificação de risco, para ver quais deles não foram avaliados.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

O médico e a enfermeiras farão capacitação do recepcionista no acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento dos usuários diabéticos será feito priorizando aos de alto risco.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

O médico, a enfermeira e a equipe toda orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os ACS farão palestras uma vez por mês nas comunidades quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A equipe de saúde toda ficará capacitada na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis, mediante às capacitações que já foram programadas e o médico será o responsável por tais capacitações.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal dos prontuários dos usuários hipertensos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação nutricional.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

A gerente da unidade é a encarregada de agendar as consultas com a nutricionista uma vez por mês, e junto com a nutricionista planejamos a realização das palestras sobre alimentação saudável para tais usuários. A coordenadora será a responsável pela organização com a nutricionista.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

Os agentes comunitários são os encarregados de realizar as palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável, quando fazem as visitas domiciliares aos usuários.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Combinar com a Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários das unidades básicas com a nutricionista para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável. A coordenadora será a responsável por organizar a mesma.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação nutricional.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

A gerente da unidade é a encarregada por agendar as consultas com a nutricionista uma vez por mês, e junto com a nutricionista planejamos a realização das palestras sobre alimentação saudável para tais usuários. A coordenadora será a responsável pela organização com a nutricionista.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

Os ACS serão os encarregados de realizar as palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável, quando fizerem as visitas domiciliares aos usuários.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Combinar com a Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários das unidades básicas com a nutricionista para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável. A coordenadora será a responsável por organizar a mesma.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal dos prontuários dos usuários hipertensos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação sobre a prática regular de atividade física.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Os ACS junto com o médico farão uma palestra sobre a importância da prática de atividade física, uma vez por mês. Ainda não temos educadores físicos, mas a secretaria de saúde fica trabalhando para conseguir. A academia que ficará ao lado da nossa unidade de saúde ainda não está pronta.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

Os ACS serão os encargados, em cada uma de suas visitas, por orientar os hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. O médico e a enfermeira também orientarão os usuários em cada uma das consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A equipe toda ficará capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular, e metodologia de educação em saúde. Essas capacitações já estão organizadas, vão ser feitas nas reuniões da equipe, cujo responsável vai ser o médico.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% de os usuários tenha orientação sobre a prática regular de atividade física.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

Os ACS junto com o médico farão uma palestra sobre a importância da prática de atividade física, uma vez por mês. Ainda não temos educadores físicos,

mas a secretaria de saúde está trabalhando para isso. A academia que ficará ao lado da nossa unidade de saúde ainda não está pronta.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

Os ACS serão os encargados, em cada uma de suas visitas, por orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. O médico e a enfermeira orientarão em cada uma das consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

A equipe toda ficará capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular, e metodologia de educação em saúde. Tais capacitações já estão organizadas, vão ser feitas nas reuniões da equipe, cujo responsável vai ser o médico.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação sobre os riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

A compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" é uma ação centralizada na secretaria de saúde. Ainda em nossa unidade não temos enfermeira capacitada para esse tratamento, portanto os usuários têm que ser encaminhados para outra unidade.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

O médico e a equipe de saúde orientarão aos hipertensos tabagistas sobre a existência de um programa e sobre o tratamento para abandonar o tabagismo. Essa ação será feita nas consultas e palestras realizadas pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Fazer capacitação da equipe de saúde no tratamento de usuários tabagistas, a qual vai ser solicitada pela coordenadora à Secretaria de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação sobre os riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

A compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" é uma ação centralizada em a secretaria de saúde. Ainda em nossa unidade não temos enfermeira capacitada para esse tratamento, assim os usuários têm que ser encaminhados para outra unidade.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

O médico e a equipe de saúde orientarão aos diabéticos tabagistas sobre a existência de um programa e sobre o tratamento para abandonar o tabagismo. Será feita nas consultas e palestras realizadas pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Fazer capacitação da equipe de saúde no tratamento de usuários tabagistas, a qual vai ser solicitada pela coordenadora à Secretaria de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários hipertensos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

O médico junto com a enfermeira fará um bom planejamento e agendamento dos usuários hipertensos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, assim como nas palestras que serão feitas uma vez por mês pelo dentista e a assistente de estomatologia.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas por orientar os hipertensos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal. Além disso, o médico e a enfermeira orientarão os usuários em cada uma das consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O dentista já fez uma capacitação à equipe toda para oferecer orientações de higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

Ações:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos usuários diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenha orientação sobre higiene bucal.

Organização e gestão do serviço.

Ações:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

O médico junto com a enfermeira fará um bom planejamento e agendamento dos usuários diabéticos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, assim como nas palestras que serão feitas uma vez por mês pelo dentista e a assistente de estomatologia.

Engajamento Público.

Ações:

Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas por orientar os diabéticos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal. Além disso, o médico e a enfermeira orientarão os usuários em cada uma das consultas agendadas.

Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O dentista já fez uma capacitação à equipe toda para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta: 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador: 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoa com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.8. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar nosso Projeto de intervenção no Programa de atenção à HAS e DM da unidade de saúde, vamos a adotar o manual do Ministério de Saúde do ano de 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Estaremos utilizando a ficha de hipertensão e diabetes, e a ficha-espelho disponibilizada pelo curso, que contém todas as informações necessárias para o monitoramento da ação programática. Estimamos alcançar com a intervenção a 451 hipertensos e 129 diabéticos, que é o estimado em relação ao CAP, para a meta de alcançar 100% de cobertura. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 451 fichas-espelhos necessárias para os hipertensos e 129 para os diabéticos, e para imprimir as 580 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelhos. Para o acompanhamento mensal da nossa intervenção será utilizado o computador com uma planilha de coleta de dados fornecida pelo curso para a consolidação dos dados coletados.

Para realizar o registro específico do programa, a enfermeira responsável vai revisar o livro de registro identificando o número de usuários hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para acompanhamento de suas doenças crônicas não transmissíveis nas últimas 16 semanas. A profissional procurará os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos, e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção, neste caso sobre o Programa de atenção à HAS e DM na unidade de saúde, já foram analisadas entre todos os membros da nossa equipe com antecedência. Assim temos que começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério de Saúde, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos, a mesma será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, que ocorrerá na UBS uma vez por semana, com a participação ativa de toda equipe, e estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, no horário habitualmente utilizado para as reuniões da equipe, cada membro da nossa equipe estudará uma parte do manual e exporá para o resto da equipe. Esta capacitação dos profissionais de saúde de nossa UBS vai ser realizada semanalmente durante as primeiras três semanas da intervenção.

A organização do acolhimento dos usuários que buscarem o serviço na unidade será realizada pelo recepcionista. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair do consultório médico, e os usuários conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem à unidade precisando de pronto atendimento serão priorizados igualmente àqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Faremos contato com lideranças comunitárias, como representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM apresentando o nosso Projeto, solicitando apoio deles para ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos e demais estratégias que serão concretizadas. Esclareceremos à comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo, assim como a importância do controle dos fatores de risco destas doenças crônicas não transmissíveis, da

importância do acompanhamento dos mesmos, das periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, além da participação comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular. Estas atividades serão realizadas uma vez por semana, sendo que uma vez por mês realizaremos uma atividade de educação em saúde onde debateremos diferentes temas com a comunidade.

O médico e a enfermeira examinarão com uma frequência semanal as fichas-espelhos identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, ou vacinas atrasadas. Os ACS farão a busca ativa dos usuários faltosos, que vai acontecer durante toda a intervenção; ao fazer a busca se agendará as consultas. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão preenchidas na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso.

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o desenvolvimento da Intervenção tivemos algumas dificuldades e mudanças de planos, por isso que mudamos várias vezes a data planejada de algumas ações programadas, mas mesmo assim a maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida integralmente. As chuvas atrapalharam muito o nosso planejamento na realização de algumas atividades, por exemplo, dificultaram a chegada da nossa equipe à comunidade, o trabalho dos agentes comunitários e, sobretudo, a chegada dos usuários hipertensos e diabéticos até a unidade de saúde. Apresentamos dificuldade por falta de transporte para chegar a nossa comunidade para poder cumprir com as visitas domiciliares programadas. Tivemos vários feriados nacionais, estaduais e municipais, durante a intervenção e também teve o final de ano em que muitas pessoas não foram às consultas agendadas. Além disso, houve outras atividades municipais agendadas nas quais participamos, que foram em dias nos quais não tivemos atendimentos clínicos, o que fez o nosso trabalho se atrasar.

Apesar de tudo isso ter acontecido, a nossa equipe de saúde, contando com o apoio dos gestores e de nossa comunidade, sempre encontrou um jeito de dar cumprimento às atividades programadas para obter resultados positivos com o trabalho e oferecer aos nossos usuários um serviço de boa qualidade. Dentro das ações que cumprimos totalmente encontra-se a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus estabelecido. Estas ocorreram durante as primeiras quatro semanas, com as quais conseguimos uma boa capacitação para todos os profissionais da equipe, sendo esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os diferentes temas das capacitações. Todos foram capacitados para a aferição de pressão arterial,

realização de hemoglicotestes, realização de exame físico, medicamentos que são usados para estes usuários através da farmácia popular. Foi estabelecido o papel de cada profissional no acolhimento e cuidado ofertado aos usuários hipertensos e diabéticos, que foi muito bem aceito e desenvolvido com qualidade. Fizemos o contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde da Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, solicitando seu apoio, mas esta ação aconteceu parcialmente já que segundo o cronograma era para ter feito em todas as semanas, mas só fizemos o contato na semana 2 e 6, nas quais se colocaram à disposição para ajudar. A demanda da unidade é muito grande, e por isso, às vezes, não temos tempo suficiente para fazer o contato com as lideranças.

Realizamos na nossa unidade de saúde várias atividades educativas, como as palestras fornecidas pela odontóloga da nossa unidade, a Dra. Karlyn. Ela destacou a importância da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não só para os usuários hipertensos e diabéticos, que são a população-alvo de nosso trabalho, mas também para toda a população. Além disso, realizou orientações sobre a higiene bucal, sobre o uso adequado da escova dental, e fez a demonstração com a ajuda da auxiliar. Também contamos com a Nutricionista do NASF, que realizou uma palestra com os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, na qual abordou o tema da alimentação saudável que todos os nossos usuários que apresentam essas doenças crônicas não transmissíveis precisam ter, além de orientar sobre a importância de manter o peso adequado. Além disso, falou das consequências que traz a obesidade se está associada com essas doenças crônicas.

Além disso, com a ajuda da Secretaria Municipal de saúde, oferecemos um café da manhã para os usuários hipertensos e diabéticos da nossa área, aonde a enfermeira Adalciane realizou uma palestra abordando os temas de alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, assim como os riscos do tabagismo para a saúde. Os usuários ficaram muito satisfeitos com estas atividades, já que isso os ajuda a terem um maior conhecimento sobre suas doenças crônicas, e como ter maior qualidade de vida.

Aconteceu diariamente o cadastramento e o atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa área de abrangência. Durante todas as semanas fizemos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos que

estavam faltosos às consultas. Tínhamos uma área que não estava cadastrada e conseguimos cadastro dos hipertensos e diabéticos da mesma, assim como de outros usuários dos quais não se tinha o cadastro na unidade, graças aos ACS e ao planejamento das visitas domiciliares em conjunto com a gerente da unidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas, nenhuma ficou sem ser realizada, somente o contato com as lideranças era para ser feito todas as semanas e aconteceu somente em duas semanas, por apresentar excesso na demanda de usuários na UBS.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, posso dizer que foi um pouco difícil já que no início não tinha muito conhecimento, foi difícil entender como trabalhar com a planilha, uma novidade para a equipe toda. Mas com o dia a dia, a rotina do trabalho e a experiência acumulada, tudo foi melhorando. A intervenção toda foi uma experiência de trabalho ótima para toda nossa equipe de saúde, já que todas as ações desenvolvidas hoje formam parte de nossa rotina de trabalho, agora com mais conhecimento, experiência, e melhor acolhimento e planejamento de nosso trabalho.

3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A Intervenção foi uma experiência de trabalho ótima para toda nossa equipe de saúde, já que todas as ações desenvolvidas hoje formam parte de nossa rotina de trabalho do nosso serviço, agora com mais conhecimento, experiência, e melhor acolhimento e planejamento de nosso trabalho. Vamos continuar na busca ativa de usuários com essas doenças crônicas, para um dia, não muito longe, atingir a meta de 100%. Continuaremos com as consultas agendadas, realização do exame clínico a todos os usuários e classificação de risco cardiovascular e identificação de outros riscos para a saúde, orientações de saúde sobre diferentes temas e sobre

mudanças em seus estilos de vida. Vamos continuar realizando avaliação odontológica, oferecendo orientações da importância da saúde bucal, orientações nutricionais, riscos do tabagismo e importância da prática de exercícios físicos, além do preenchimento de todos os registros e fichas de acompanhamento dos usuários de forma adequada, para assim oferecer uma atenção de qualidade, melhoria na qualidade de vida de nossos usuários, e garantir a satisfação dos mesmos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção. Os resultados, inicialmente, serão abordados de forma quantitativa sendo descritos os objetivos, as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses. Por fim, será realizada uma análise qualitativa, descrevendo as dificuldades e facilidades para o atingimento das metas. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados seis objetivos com o intuito de qualificar o cuidado ao hipertenso e diabético. Durante a intervenção a UBS possuía uma população total de 2570 usuários, segundo estimativa da planilha de coleta de dados para pessoas com 20 anos ou mais, sendo 391 com hipertensão arterial e 97 com diabetes mellitus.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do hipertenso da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade da saúde.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, de um total de 391 hipertensos, 46 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 11,8%; no 2º mês foram cadastrados 196 (50,1%) e no 3º mês foram cadastrados 375 hipertensos representando uma cobertura de 95,9% (Figura 1).

É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, devido a vários fatores, como alguns feriados, final do ano e chuvas intensas durante a intervenção, além dos usuários que não conseguimos atender durante este período porque trabalham e que não conseguiram assistir às consultas. No entanto, o

indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento; além disso, pretende-se ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

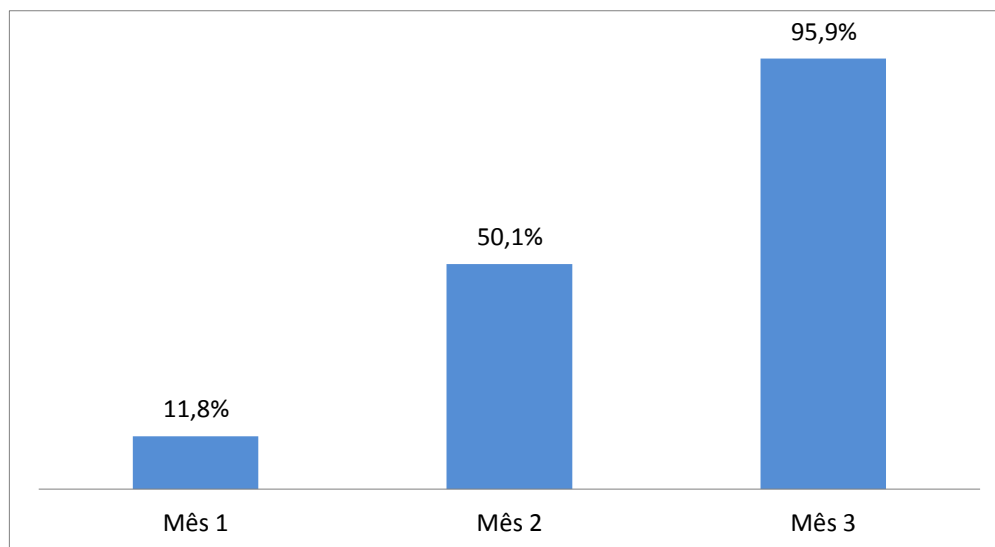


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade da saúde.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.2. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do diabético da área da unidade de saúde para 100%.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes mellitus na unidade de saúde.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, de um total de 97 diabéticos, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 20,6%; no 2º mês foram cadastrados e acompanhados 73 diabéticos (75,3%) e no 3º mês foram cadastrados 97 diabéticos representando uma cobertura de 100% (Figura 2). É válido destacar que a meta foi atingida conforme pactuado e o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento dos diabéticos no programa.

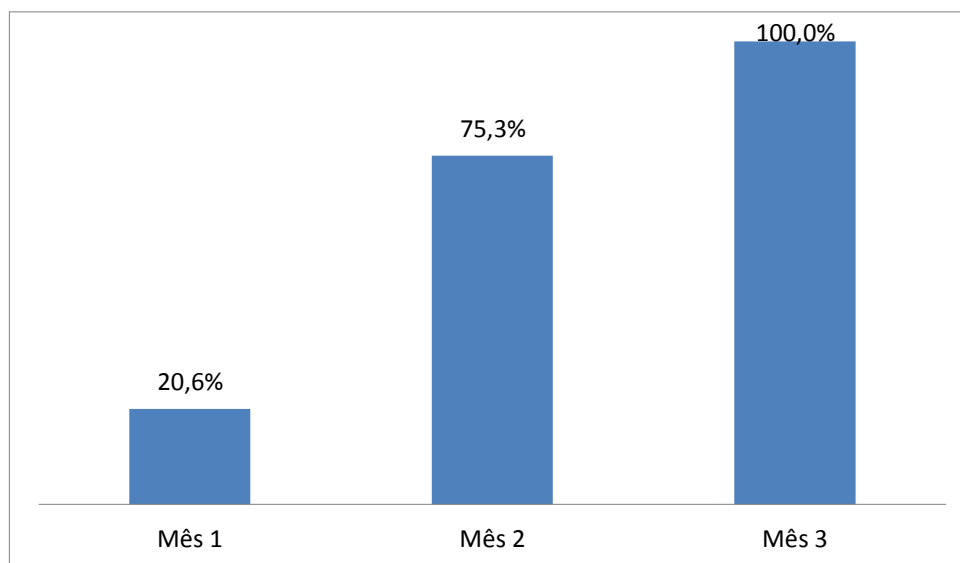


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes mellitus na unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.1 e 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos registrados.

Indicadores 2.1 e 2.2. Proporção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, um total de 46 hipertensos recebeu exame (100%); no 2º e 3º mês, receberam exame 196 e 375 hipertensos, representando uma cobertura de 100% nos dois meses. Da mesma forma, apresentou-se o indicador para os diabéticos.. No 1º mês, os 20 cadastrados receberam exame clínico (100%); no 2º e 3º mês, 73 e 97 diabéticos receberam exame, representando uma cobertura de 100% nos dois meses. Este indicador foi cumprido em 100%, atingindo-se a meta pactuada. Os resultados alcançados foram graças ao esforço de toda a equipe, a boa capacitação dos profissionais e a todas as ferramentas garantidas pelos gestores de saúde para o bom desenvolvimento das ações.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Esta meta foi cumprida em 100%. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, um total de 97 diabéticos, em 20 diabéticos foram realizados exames dos pés, no segundo mês 73 e no terceiro mês 97 (100%). Foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme o protocolo em 100% dos usuários cadastrados graças ao profissionalismo, conhecimento e envolvimento de cada membro da equipe com o cumprimento das ações, e garantia dos materiais pelos gestores de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.4. e 2.5. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos registrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.4 e 2.5. Proporção de pessoas com hipertensão e diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, dos 46 foram cadastrados e acompanhados no programa, foram solicitados exames a todos eles, porém 44 realizaram, representado um percentual de 95,7%; no 2º mês, dentre os 196 hipertensos, 188 realizaram exame (95,9%) e no 3º mês, foram 366 (97,6%) (Figura 3). Não conseguimos atingir a meta porque a maioria dos exames é feito no hospital e demora muitos dias, pois primeiramente são agendados e depois feitos, e por ser uma população de baixa renda não podem fazer no setor privado.

Da mesma forma foi avaliado o indicador para os diabéticos. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, todos os 20 receberam solicitação dos exames, porém 18 realizaram os exames complementares, representando um percentual de 90%; no 2º mês foram 70 com exames complementares (95,9%) e 3º mês foram 97 diabéticos representando uma cobertura 100% (Figura 4). Este indicador foi cumprido em 100%, atingindo-se a meta pactuada. Este indicador foi cumprido graças ao profissionalismo,

conhecimento e envolvimento de cada membro da equipe com o cumprimento das ações, e garantia dos materiais pelos gestores de saúde.

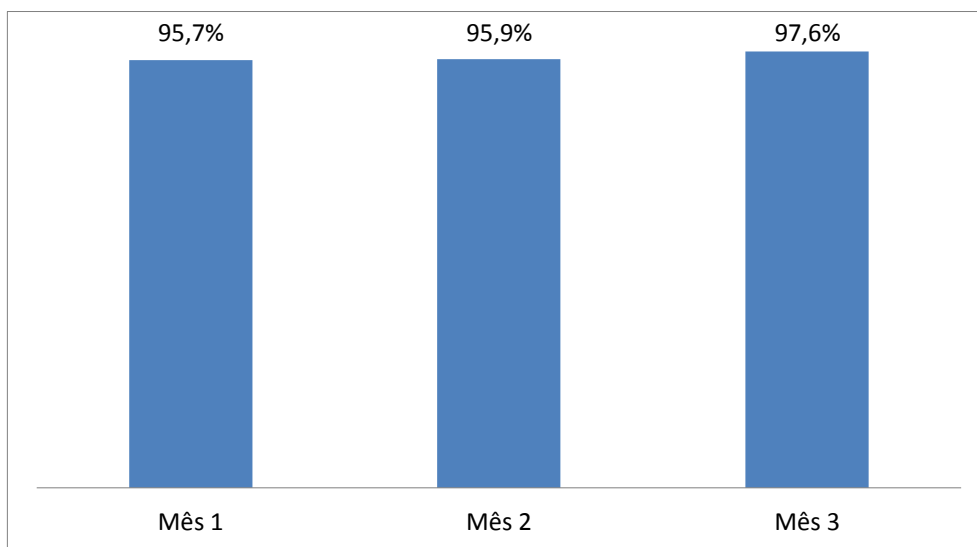


Figura 3. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

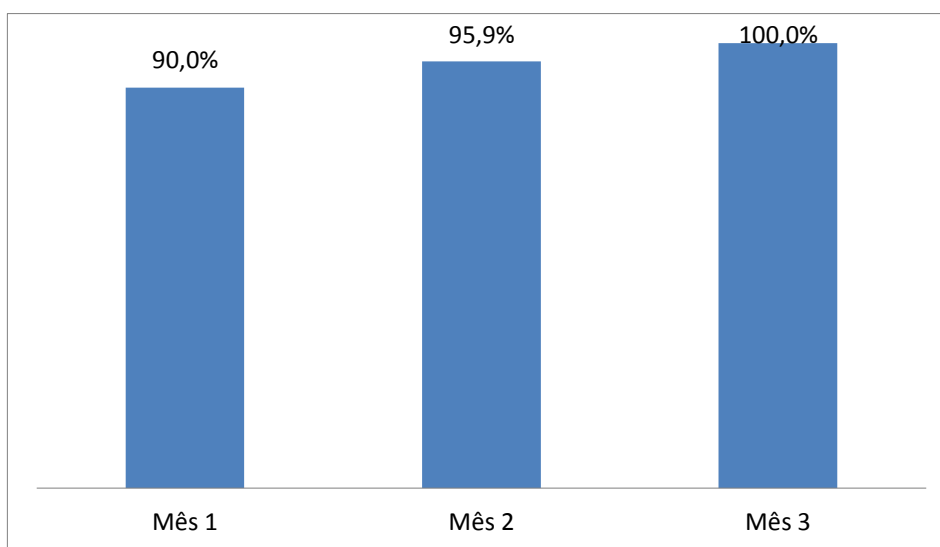


Figura 4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.6 e 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 2.6 e 2.7. Proporção de pessoas com hipertensos e diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 45 hipertensos tinham prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representado um percentual de 97,8%, no 2º e 3º mês, foram 193 e 374 hipertensos que tinham prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representando 98,5% e 100%, respectivamente (Figura 5). É válido destacar que a meta foi atingida conforme pactuado. É importante ressaltar que faz aproximadamente um mês que foi aberta a Farmácia Popular do município. Até então, os medicamentos eram distribuídos na farmácia existente em cada UBS, e nem sempre chegavam a tempo ou estavam disponíveis. Assim, em alguns casos foi necessário prescrever medicamentos que não eram do elenco da farmácia Popular/Hiperdia, fato que atrapalhou o alcance de 100% nos primeiros meses. Depois começamos a trabalhar para trocar a medicação de todos os usuários por medicamentos da farmácia popular graças ao esforço de toda a equipe da saúde.

Da mesma forma foi avaliado o indicador para os diabéticos. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representado um percentual de 100%, no 2º e 3º mês, foram 73 e 97 diabéticos que receberam prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representando uma cobertura 100% nos dois meses. Atingimos a meta estabelecida. Os usuários e a comunidade em geral foram orientados pela equipe de saúde nas palestras realizadas na unidade e nas visitas domiciliares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia e as possíveis alternativas para obter este acesso.

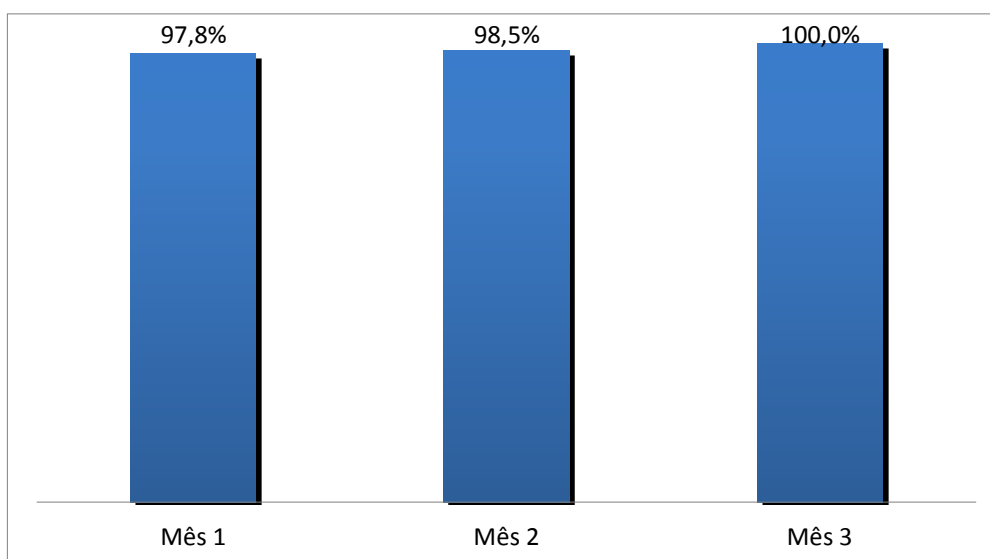


Figura 5. Proporção de pessoas com hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2.8 e 2.9. Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Indicadores 2.8 e 2.9. Proporção de pessoas com hipertensão e diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, foram 41 hipertensos avaliados em quanto à necessidade de atendimento odontológico, representado um percentual de 89,1%; no 2º foram 190 (96,9%) e no mês 3 foram 374 hipertensos, representando uma cobertura de 99,7% (Figura 6). Inicialmente acreditamos que somente o dentista deveria fazer essa avaliação, mas depois todos os integrantes da equipe fizeram. Não foi possível fazer a avaliação em um usuário que se encontrava fora da cidade. Quanto à avaliação de atendimento odontológico, como falamos anteriormente, foi examinada a cavidade bucal especialmente pelo médico, e aqueles usuários que precisaram fazer acompanhamento pela odontóloga agendaram sua consulta. Encontramos alguns usuários com aftas, dentes cariados, falta de próteses dentárias e outras complicações.

Da mesma forma foi avaliado o indicador para os diabéticos. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 16 foram cadastrados e avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico representado um percentual de 80%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados 69 e 97 diabéticos representando uma cobertura de 94,5% e 100% respectivamente (Figura 7). Este indicador foi cumprido em 100%, atingindo-se a meta pactuada. Graças ao esforço da equipe e graças ao trabalho planejado e especialmente ao esforço da dentista conseguimos alcançar a meta.

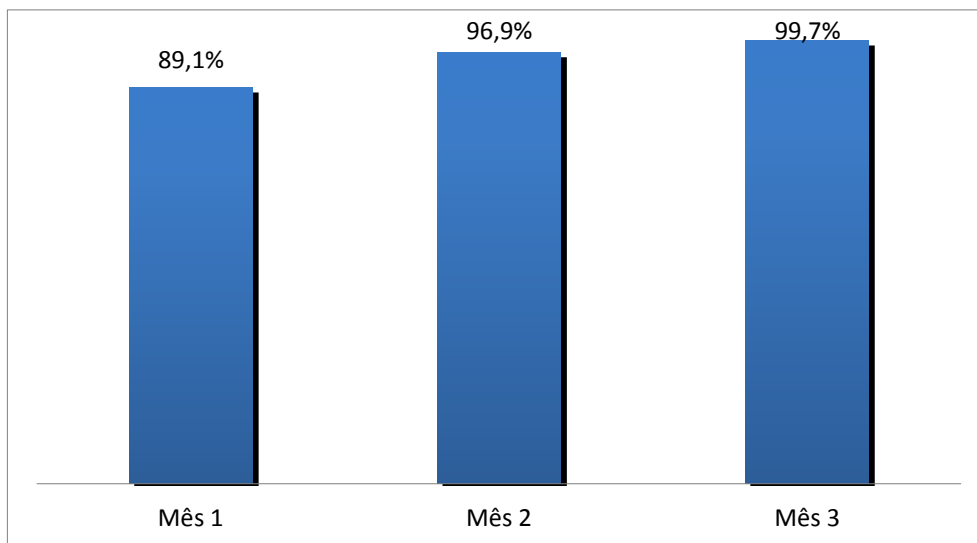


Figura 6. Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

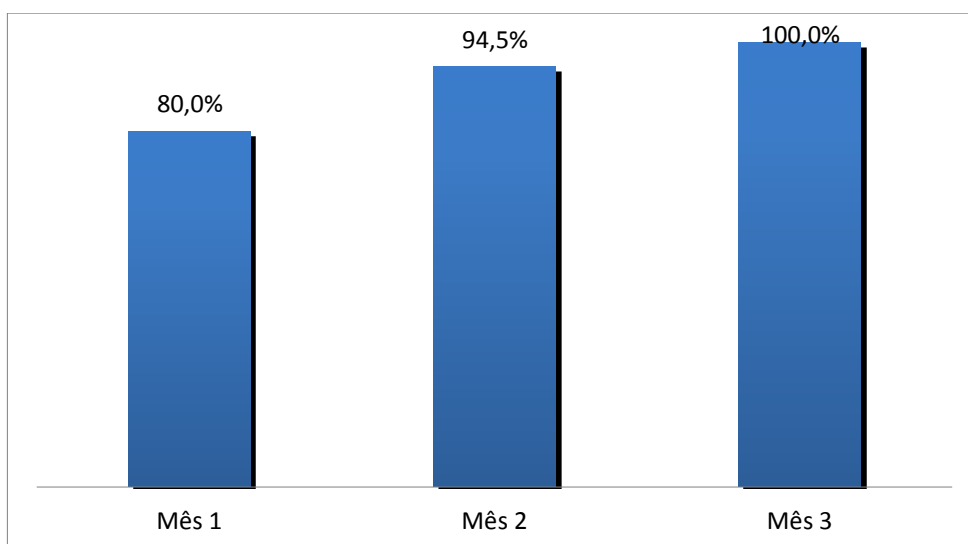


Figura 7. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicadores 3.1 e 3.2. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas faltosas às consultas com busca ativa.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 4 deles encontravam-se faltosos às consultas, mas foi realizada a busca

ativa a todos eles, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 13 e 52 hipertensos, respectivamente, que se encontravam faltosos e também foi realizada a busca ativa a todos, representando uma cobertura de 100% nos dois meses. Da mesma forma foi avaliado o indicador para os diabéticos faltosos à consulta com busca. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês somente 3 usuários encontravam-se faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa a todos eles, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 5 e 11 usuários diabéticos, respectivamente, que se encontravam faltosos às consultas e foi realizada a busca ativa, representando uma cobertura 100% nos dois meses. Este indicador foi cumprido em 100%, atingindo a meta pactuada. Acho que uma das coisas que mais ajudou para atingirmos esse resultado foi o trabalho realizado pelos ACS, que deram seu maior esforço para realizar a busca ativa daqueles usuários que estavam faltando às consultas, e muitos daqueles que não se tinha registro na unidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas 4.1 e 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, dos 44 cadastrados e acompanhados na unidade, todos eles tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, sendo que todos tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o indicador para os diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e todos eles tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados, e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, sendo que todos tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, representando uma cobertura 100%. Esta meta foi cumprida em 100% em todos os meses da

intervenção. A ajuda dos gestores, fornecendo-nos número suficiente de fichas-espelhos para todos os usuários, os monitoramentos e a avaliação dos prontuários junto com a enfermeira e a gestora da unidade permitiu cumprir a meta.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 5.1 e 5.2. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 44 foram cadastrados e acompanhados e a todos eles foram realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, e também a todos eles foram realizados a estratificação de risco cardiovascular, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e a todos eles foram realizados a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, e também a todos eles foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, representando uma cobertura de 100%. Esta meta foi cumprida em 100%. Conseguimos alcançar a meta graças ao esforço da equipe e dos usuários, já que, respeitando os recursos econômicos de cada um, foram priorizados alguns exames para serem realizados em unidades privadas como, por exemplo, colesterol, necessário para calcular o escore de Framingham.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.1 e 6.2. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 44 foram cadastrados e acompanhados e todos eles receberam orientações sobre alimentação saudável, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre alimentação saudável, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e todos eles receberam orientações sobre alimentação saudável, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre alimentação saudável, representando uma cobertura de 100%. Esta meta foi cumprida em 100%. Foram oferecidas orientações quanto à alimentação saudável durante os atendimentos clínicos, mas também nas palestras oferecidas pela nossa enfermeira, e pela a nutricionista do NASF, o que foi determinante para alcançar as metas.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos, e diabéticos.

Indicadores 6.3 e 6.4. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 46 foram cadastrados e acompanhados e todos eles receberam orientações sobre prática regular de atividade física, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre prática regular de atividade física, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e todos eles receberam orientações sobre prática regular de atividade física,

representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre prática regular de atividade física, representando uma cobertura de 100%. Esta meta foi cumprida em 100%. Foram oferecidas orientações quanto à prática regular de atividade física, através das palestras e durante as consultas, e apesar da academia não ter ficado pronta a tempo e não termos contato com a participação de educadores físicos, a meta foi atingida.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, e diabéticos.

Indicadores 6.5 e 6.6. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 46 foram cadastrados e acompanhados e todos eles receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e todos eles receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representando uma cobertura de 100%. Esta meta foi cumprida em 100%. Os usuários receberam estas orientações quanto aos riscos do tabagismo durante as consultas e palestras oferecidas e, graças a isso, as metas foram cumpridas.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, e diabéticos.

Indicadores 6.7 e 6.8. Proporção de pessoas hipertensas e diabéticas que receberam orientação sobre higiene bucal.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 46 foram cadastrados e acompanhados e todos eles receberam orientações sobre higiene bucal, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 196 e 375 hipertensos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre higiene bucal, representando uma cobertura de 100%. Da mesma forma foi avaliado o número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção. No 1º mês, 20 foram cadastrados e acompanhados no programa e todos eles receberam orientações sobre higiene bucal, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram cadastrados e acompanhados 73 e 97 diabéticos, respectivamente, e também todos eles receberam orientações sobre higiene bucal, representando uma cobertura de 100%. Esta meta foi cumprida em 100%. Foram oferecidas estas orientações durante as consultas e as palestras oferecidas pelo odontólogo da unidade a estes usuários, o que favoreceu o atingimento das metas.

4.2 Discussão

Neste item vai ser abordada a Discussão dos resultados obtidos ao longo destes três meses de intervenção, na qual abordaremos a importância da intervenção para a equipe, importância da intervenção para o serviço, importância da intervenção para a comunidade, o que faríamos diferente caso fôssemos realizar a intervenção neste momento, viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço, quais melhorias pretendemos fazer na ação programática, e quais os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no nosso serviço.

Apesar do nosso esforço, não atingimos todas as nossas metas, por situações como falávamos anteriormente, como falta de transporte, chuvas ocorridas no território e feriados. Mesmo assim conseguimos ampliar a cobertura do programa. Prova disso é que, antes da intervenção, as coberturas eram de 34% para a hipertensão arterial e 71% para a diabetes mellitus e, no final da intervenção, aumentaram para 95,9% e 100%, respectivamente. Cadastramos e acompanhados 375 usuários hipertensos e 97 diabéticos de nossa área de abrangência, com relação a uma estimativa do território, segundo a população total, de 391 hipertensos e 97 diabéticos.

Além disso, ampliamos muito o acolhimento e atendimento destes usuários, permitindo um grande avanço no acompanhamento, tivemos melhoria nos registros de acompanhamento, todos os prontuários têm fichas-espelhos adequadamente preenchidas assim como avaliação de risco. Todos os usuários foram avaliados odontologicamente, e aqueles que precisaram agendaram suas consultas para fazer acompanhamento pela odontóloga, por ordem de prioridade, receberam orientações quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, sempre com foco na melhoria da qualidade na atenção desses usuários.

A intervenção que foi implementada na nossa unidade de saúde mostrou ótimos resultados.

Sobre a avaliação de atendimento odontológico, tivemos dificuldade, pois no início acreditávamos que somente a odontóloga deveria fazer. Depois toda a equipe começou a fazer, e agendamos consulta ao usuário faltoso, mais ele encontrava-se fora do município e não pudemos fazer a avaliação antes de terminar a intervenção.

Durante a intervenção pudemos identificar que nem todos os usuários apresentavam exames complementares em dia de acordo com o protocolo, mas foi indicado a todos eles, tivemos um pouco de dificuldade já que é um só hospital pequeno para garantir a demanda de exames de toda população de nosso município.

Para a nossa equipe de saúde a intervenção teve um valor muito importante, pois exigiu que toda a equipe se capacitasse seguindo o protocolo de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus estabelecido pelo Ministério da Saúde relacionado ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças crônicas não transmissíveis, o que permitiu que os profissionais de saúde da UBS ficassem ainda mais preparados e estudados sobre o tema. Estas atividades promoveram o trabalho integrado de toda a equipe incluindo a médica, a enfermeira, auxiliar de enfermagem, o odontólogo, a assistente de odontologia, a gestora da unidade, o recepcionista, os ACS e o motorista. Cada profissional teve sua função e afirmou seu papel na ação programática.

Com a intervenção o serviço da UBS ampliou e melhorou a qualidade, assim como o acolhimento e atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área, por parte de todos os profissionais, com um ótimo e adequado papel de cada profissional na ação programática, já que antes da intervenção as atividades

de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas mais na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A nossa comunidade foi muito beneficiada com a realização da intervenção. Os hipertensos e diabéticos de nossa área demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Graças ao trabalho dos ACS, a maior parte da comunidade foi educada sobre o tema. Muitos usuários entenderam a importância do programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, assim como percebemos seu apoio para ampliar a captação e educação em saúde dos mesmos. Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos uma pequena área descoberta, por falta de agente comunitário, e podemos encontrar alguns hipertensos e diabéticos sem cadastro, portanto ainda temos trabalho por fazer. Pretendemos ampliar essa cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses para alcançar 100% no caso da hipertensão arterial

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, acho que esta poderia ter sido facilitada se tivéssemos feito mais reuniões para avaliar o desenvolvimento das atividades realizadas ao longo da intervenção. Agora que estamos no fim do trabalho, percebo que a equipe está integrada e, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, terão condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

As ações previstas no projeto foram incorporadas adequadamente à rotina do serviço e já estão sendo continuadas após a finalização do período da intervenção necessária ao Curso de Especialização em Saúde da Família. Para garantir essa continuidade vamos fazer melhorias na ação programática, como novamente restabelecer o papel de cada profissional, assim como aprimorar ainda mais o acolhimento, por parte da UBS, de todos os hipertensos e diabéticos. Vamos continuar comunicando a nossa comunidade, por meio de palestras, sobre a importância do programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Um dos próximos passos para melhorar a atenção da saúde no serviço será continuar ampliando a cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses; além disso, já que com esta intervenção melhoramos a cobertura da atenção ao

Programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus, podemos implementar outros programas na nossa UBS, como pré-natal e saúde da criança.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores do município de Brasília,

Sou a Dra. Yoleine Lorenzo Torres, médica da UBS Tufic Mizael Saady e trago o presente relatório que descreve a intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel/UNA-SUS, que aconteceu na referida UBS, e que teve como objetivo geral “melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”.

Durante estas últimas 12 semanas, na unidade, foi realizada a intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Tufic Mizael Saady, Brasília-AC”, com a qual melhoramos a atenção dos usuários portadores destas doenças crônicas não transmissíveis, pertencentes a nossa área de abrangência da unidade. De acordo com os protocolos de saúde, a intervenção mostrou ótimos resultados, que podem ser atingidos em todo o município com a ampliação da intervenção.

No início da nossa intervenção, nem todos os usuários hipertensos e diabéticos da área da abrangência eram atendidos ou cadastrados na UBS. Ao longo da intervenção foram cadastrados 375 usuários hipertensos e 97 diabéticos da área de abrangência no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, aumentando a nossa cobertura, que era de 34% para a hipertensão arterial e 71% para a diabetes mellitus ao início da intervenção, para 95,9% e 100% respectivamente, após a intervenção. Apesar do nosso esforço, não atingimos todas as nossas metas, por situações desfavoráveis, mesmo assim conseguimos ampliar a cobertura do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus nos usuários de 20 anos ou mais de nossa unidade de saúde.

O acolhimento, cadastramento e atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos da UBS, seja de forma agendada ou demanda espontânea, foram realizados diariamente por todos os funcionários previamente capacitados para tal, utilizando os protocolos. Todos exerceram seu papel na ação programática. A busca ativa de usuários faltosos foi realizada pelos ACS, garantindo ótimos resultados, foram detectados novos casos, usuários para os quais não se tinha registro na unidade, portanto o papel deles foi fundamental.

Ampliamos muito o atendimento dos hipertensos e diabéticos na UBS, sempre com foco na melhoria da qualidade da atenção. Sendo assim, alcançamos que todos os usuários tivessem exames complementares em dia, avaliação de risco cardiovascular, orientação com respeito à alimentação saudável, higiene bucal, prática adequada de exercícios físicos, risco do tabagismo, além de registro adequado na ficha de acompanhamento.

A comunidade foi muito beneficiada. Graças a trabalho da nossa equipe e fundamentalmente dos ACS, a comunidade foi educada sobre o tema. Muitos usuários entenderam a importância do programa, e percebemos o apoio deles para ampliar a captação e educação em saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Por último é muito importante agradecer por toda a colaboração recebida por parte da gestão municipal, Secretaria Municipal de Saúde, e afirmar que as ações previstas no projeto foram incorporadas adequadamente à rotina do serviço e já estão sendo continuadas após a finalização do período da intervenção necessário do curso.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da Unidade de Saúde Tufic Mizael Saady,

Sou Yoleine Lorenzo Torres, médica da unidade e gostaria de falar para vocês sobre os resultados alcançados com a intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel/UNA-SUS: “Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Tufic Mizael Saady, Brasiléia-AC”, que implementamos na unidade de saúde, e que aconteceu conforme ao planejado, durante estes três meses que realizamos a intervenção. Desde já, a nossa equipe de saúde toda fica muito agradecida pela participação de todos vocês neste encontro.

Durante todas as semanas da intervenção aconteciam diariamente o cadastramento e atendimento clínico dos usuários com hipertensão e diabetes, nas consultas programadas ou demanda espontânea. Fizemos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos que estavam faltosos às consultas. Solicitando ajuda da comunidade, e dos agentes comunitários de saúde, conseguimos fazer o cadastro em nossa UBS de 375 hipertensos e 97 diabéticos de nossa área de abrangência, o que aumentou a cobertura do Programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na unidade, tendo assim maior controle e acompanhamento destes usuários. Todos os participantes entenderam a importância do programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, o que é de importância para a nossa comunidade, pois eleva seus conhecimentos sobre estas doenças crônicas não transmissíveis, e assim ajuda a prevenir a aparição das mesmas mediante o controle dos fatores de riscos os quais podem ser modificados através da educação em saúde.

Com a intervenção, nós conseguimos uma melhor capacitação dos profissionais de saúde de acordo com as necessidades de saúde da comunidade e os protocolos de saúde, especificamente na atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Foram esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os

diferentes temas das capacitações. Todos foram capacitados para aferir a pressão arterial, realização de hemoglicotestes, realização de exame físico, medicamentos de Hipertensão que são usados nestes usuários através da farmácia popular. Foi estabelecido o papel de cada profissional no acolhimento e cuidado ofertado aos usuários hipertensos e diabéticos, que foi muito bem aceito e desenvolvido com qualidade. Como resultado disto, ampliou-se e melhorou-se a qualidade, o acolhimento e atendimento destes usuários por parte de todos os funcionários da unidade.

Os usuários gostaram muito do nosso atendimento, receberam uma ótima educação em saúde nas consultas, nos grupos, ou pelos funcionários de diferentes formas, através de palestras fornecidas pelo odontólogo, que destacou a importância da avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico, e ofereceu orientações sobre a higiene bucal, assim como a palestra com a Nutricionista do NASF, que abordou o tema da alimentação saudável, e a dieta que devem ter para um maior controle dessas doenças. Além disso, orientou sobre a importância de manter o peso adequado. Também a nossa enfermeira Adalciane realizou palestras abordando os temas de alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, assim como os riscos do tabagismo para a saúde. Os usuários ficaram muito satisfeitos com estas atividades, já que isso ajuda eles a terem um maior conhecimento sobre suas doenças crônicas, e assim saber como ter uma melhor qualidade de vida.

Por último, quero falar e ao mesmo tempo agradecer, a todos por nossa maior conquista, que foi aumentar os indicadores de cobertura do Programa de atenção a Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na unidade e permitir que as ações previstas no projeto se tornassem realidade e continuadas na rotina do nosso serviço.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo de aprendizagem pessoal deste curso em Especialização em Saúde da Família foi a minha primeira experiência de aprendizagem na modalidade a distância em ambiente virtual, isso constituiu um desafio, pois tive que reforçar mais meus conhecimentos de informática. É uma experiência inesquecível, fomos muito motivados com casos interativos fora da rotina de estudo, com a possibilidade da troca de ideias, opiniões de outros colegas e orientadores. Foi de grande ajuda para melhorar muito a gramática do idioma português, para isso tive o apoio de meus orientadores sempre dispostos a me ajudar, e que tiveram e ainda têm um papel muito importante em todo este processo de aprendizagem.

Foi de muita ajuda conhecer a cultura brasileira, seu idioma, costumes e tradições, assim como problemas socioeconômicos e demográficos, muito importante para poder melhorar o conhecimento e ajudar a contribuir com a melhoria da atenção primária à saúde. O curso ajudou a conhecer e entender como pode ser organizado um bom trabalho de equipe para alcançar melhores indicadores de saúde.

O curso favoreceu muito a minha preparação como profissional da saúde, aumentou minha autonomia para desenvolver e enfrentar os problemas com maior preparação científica. Tive boas experiências nas intervenções e, sobretudo, na prática diária. Com a realização das minhas práticas clínicas garanti uma maior preparação científica e melhorei os meus conhecimentos sobre temas muito importantes próprios do Brasil, dos quais não tinha muito domínio, como os princípios e diretrizes do SUS, comportamento de algumas doenças no processo de transição epidemiológica, vigilância em saúde.

Olhando o comportamento das doenças crônicas não transmissíveis e sua incidência na minha área de saúde, percebi a importância de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da minha população, pois seus indicadores de cobertura estavam muito baixos, e por isso escolhi meu foco de intervenção. Com nossa experiência de trabalho na atenção primária e a existência de programas de controle das doenças crônicas, percebi que poderia ser o campo de desenvolvimento da intervenção, não seria tarefa fácil, mas com o trabalho de toda a equipe, as capacitações e a vontade de todos de aprender coisas novas, conseguiríamos.

Os resultados alcançados com a nossa intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Tufic Mizael Saady, Brasília/AC”, que teve início das atividades em 22 de outubro de 2015 e terminou em 22 de janeiro de 2016, realizada em três meses, foi além do objetivo principal, pode-se dizer que a intervenção foi muito educativa, não só para a equipe de saúde como um todo, mas também para a comunidade. A intervenção ajudou a formação da equipe, propiciando mais capacidade técnica e científica em relação ao planejamento e desenvolvimento na gestão e incremento do vínculo com a população assistida. A integração com toda a equipe de saúde foi muito positiva, providenciamos protocolos de atendimento de diferentes doenças que poderiam apresentar-se na unidade, uso de alguns casos clínicos na reunião da equipe como método de capacitação. Portanto isso favoreceu uma ótima capacitação da nossa equipe. Alcançamos com a intervenção melhorar a qualidade da atenção, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade. Aprendi a promover e realizar junto com a equipe um adequado engajamento público, realizando promoção e educação em saúde através de grupos específicos e outras ferramentas junto ao restante da equipe, melhorando o acolhimento da atenção aos usuários com demanda espontânea, já que dela depende a adesão da comunidade.

Por último e não menos importante, fomos educados quanto aos protocolos de saúde de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde. Não tínhamos conhecimento adequado, agora conseguimos desenvolver uma atenção primária de forma protocolizada. A medicina é universal, mas os protocolos permitem aplicar a medicina, fazendo a promoção e prevenção, e garante a aplicação da

atenção médica primária a todos os níveis e esferas sociais de acordo com as características e necessidades de cada país. Este foi o maior aprendizado!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para atendimento de Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2**. Atualização 2011. Posicionamento Oficial Sociedade Brasileira de Diabetes nº3, 2011.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

[illegible]

Anexo C - Ficha-espelho



 Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante